UNIVERSITA' TOR VERGATA

ISTAT

ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA - 2000

home

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

home

Prometeo 2000 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
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], Quintino Perrone[10],
Nebo Ricerche PA, servizi di elaborazione dati e realizzazione informatica

Analisi degli indicatori, il ruolo del farmaco nella società italiana, integrazione pubblico e privato, confronti internazionali
Cesare Fassari, coordinamento generale
Federico Spandonaro[11] e Maria Concetta Vaccaro[12], coordinamento scientifico
Mario Coi[13], Cristina Giordani[13], Laura Francia[13], Marina Vettese[13], Stefano Cianca[13],
Andrea Moretti[14] e Lorenzo Terranova[15], consulenza scientifica
Emanuela Pieroni[16], coordinamento editoriale
Italpromo Esis Publishing, editing e Cd

---

[1] Osservatorio sui servizi sanitari Cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata, Ufficio Studi ARAN
[2] Direttore generale Farmindustria e docente di sociologia sanitaria all'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] Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata, Coordinatore Gruppo di Ricerca Nebo Ricerche PA
[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] Association Columbus, Servizio economato
[11] LARES Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata
[12] Sociologa, esperta di politiche sociali
[13] LARES Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata
[14] Vice Direttore Generale Farmindustria
[15] Responsabile Ufficio Economia Sanitaria Farmindustria
[16] Ricercatrice Ilesis

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 DEL TESORO, RGS-Igop	assetti retributivi ed occupazionali del personale Ssn
MINISTERO DELLA SANITÀ	dati sito Internet
FEDERFARMA	dati spesa farmaceutica regionale
INAIL	infortuni sui luoghi di lavoro e rendite
ISTITUTO TAGLIACARNE	valore aggiunto provinciale
ANCITEL	depositi bancari e consumi elettrici comunali, dichiarazioni dei redditi comunali

Hanno partecipato alla discussione degli indicatori (*)

Alessandra Tomassetti	ARAN - Ufficio studi - Sezione ricerca
Carlo Chiaromonte, Flavio Raparelli	INAIL - Direzione consulenza statistico-attuariale
Giuseppe Lucibello, Stefano Tomasini	RGS - Ministero del Tesoro, bilancio e programmazione economica - 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

home

Pag.

Considerazioni generali 17

1. La classifica 2000 sullo stato di salute degli italiani: anni di vita persi per cause evitabili e Usl 27

1.1. Premessa 27
1.2. La mortalità evitabile in Italia: una innovazione di Prometeo 28
1.3. La mortalità evitabile in Italia: ulteriori cambiamenti di carattere tecnico ed una conferma 29
1.4. Il quadro generale della mortalità evitabile in Italia 30
1.5. Come è costruita la classifica di Prometeo 31
1.6. Il quadro regionale e provinciale della mortalità evitabile in Italia 33
1.7. Alcune considerazioni di mezzo cammino 35
1.8. La classifica 2000: un percorso semplificato di lettura 35
1.9. La classifica 2000: cause strutturali o contingenti 36
1.10. La classifica 2000: un percorso stilizzato di lettura 36

2. I principali indicatori: salute, servizi, contesto socio-sanitario 41

2.1. Contesto demografico 41
2.2. Contesto economico 43
2.3. Tassi di mortalità standardizzati 45
2.4. Mortalità evitabile 46
2.5. Mortalità infantile 47
2.6. Infortuni sul lavoro 48
2.7. Qualche indicazione sulla situazione di salute 49
2.8. Gestione finanziaria del Ssn: spesa pro-capite "effettiva" e "pesata" 50
2.9. Le risorse del Ssn: i posti letto 52
2.10. Le risorse del Ssn: il personale 55
2.11. Le funzioni del Ssn: la medicina di base 57
2.12. La spesa farmaceutica convenzionata 1997-1999 57

3. Atlante sanitario delle regioni italiane 89
Introduzione 91

3.1 Piemonte
3.1.1. Contesto demografico 92
3.1.2. Contesto economico 93
3.1.3. Mortalità evitabile 94
3.1.4. Rete ospedaliera 95
3.1.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 96
3.1.6. Medicina di base 97

3.2. Valle d'Aosta
3.2.1. Contesto demografico 102
3.2.2. Contesto economico 102
3.2.3. Mortalità evitabile 103
3.2.4. Rete ospedaliera 103
3.2.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 104
3.2.6. Medicina di base 104

3.3. Lombardia
3.3.1. Contesto demografico 107
3.3.2. Contesto economico 108

home

3.3.3. Mortalità evitabile 108
3.3.4. Rete ospedaliera 109
3.3.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 110
3.3.6. Medicina di base 110

3.4. P.a. di Bolzano
3.4.1. Contesto demografico 119
3.4.2. Contesto economico 120
3.4.3. Mortalità evitabile 120
3.4.4. Rete ospedaliera 121
3.4.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 121
3.4.6. Medicina di base 121

3.5. P.a. Trento
3.5.1. Contesto demografico 126
3.5.2. Contesto economico 126
3.5.3. Mortalità evitabile 127
3.5.4. Rete ospedaliera 127
3.5.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 128
3.5.6. Medicina di base 128

3.6. Veneto
3.6.1. Contesto demografico 131
3.6.2. Contesto economico 131
3.6.3. Mortalità evitabile 132
3.6.4. Rete ospedaliera 133
3.6.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 133
3.6.6. Medicina di base 134

3.7. Friuli Venezia Giulia
3.7.1. Contesto demografico 139
3.7.2. Contesto economico 139
3.7.3. Mortalità evitabile 140
3.7.4. Rete ospedaliera 140
3.7.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 141
3.7.6. Medicina di base 141

3.8. Liguria
3.8.1. Contesto demografico 146
3.8.2. Contesto economico 146
3.8.3. Mortalità evitabile 147
3.8.4. Rete ospedaliera 148
3.8.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 148
3.8.6. Medicina di base 149

3.9. Emilia Romagna
3.9.1. Contesto demografico 153
3.9.2. Contesto economico 153
3.9.3. Mortalità evitabile 154
3.9.4. Rete ospedaliera 155
3.9.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 155
3.9.6. Medicina di base 156

3.10. Toscana
3.10.1. Contesto demografico 161
3.10.2. Contesto economico 161
3.10.3. Mortalità evitabile 162
3.10.4. Rete ospedaliera 163
3.10.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 163
3.10.6. Medicina di base 164

home

3.11. Umbria
3.11.1. Contesto demografico 169
3.11.2. Contesto economico 169
3.11.3. Mortalità evitabile 170
3.11.4. Rete ospedaliera 171
3.11.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 171
3.11.6. Medicina di base 172

3.12. Marche
3.12.1. Contesto demografico 176
3.12.2. Contesto economico 176
3.12.3. Mortalità evitabile 177
3.12.4. Rete ospedaliera 178
3.12.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 178
3.12.6. Medicina di base 179

3.13. Lazio
3.13.1. Contesto demografico 184
3.13.2. Contesto economico 184
3.13.3. Mortalità evitabile 185
3.13.4. Rete ospedaliera 186
3.13.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 186
3.13.6. Medicina di base 187

3.14. Abruzzo
3.14.1. Contesto demografico 192
3.14.2. Contesto economico 192
3.14.3. Mortalità evitabile 193
3.14.4. Rete ospedaliera 193
3.14.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 194
3.14.6. Medicina di base 194

3.15. Molise
3.15.1. Contesto demografico 199
3.15.2. Contesto economico 199
3.15.3. Mortalità evitabile 200
3.15.4. Rete ospedaliera 200
3.15.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 201
3.15.6. Medicina di base 201

3.16. Campania
3.16.1. Contesto demografico 206
3.16.2. Contesto economico 207
3.16.3. Mortalità evitabile 207
3.16.4. Rete ospedaliera 208
3.16.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 209
3.16.6. Medicina di base 209

3.17. Puglia
3.17.1. Contesto demografico 214
3.17.2. Contesto economico 215
3.17.3. Mortalità evitabile 215
3.17.4. Rete ospedaliera 216
3.17.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 217
3.17.6. Medicina di base 217

3.18. Basilicata
3.18.1. Contesto demografico 222
3.18.2. Contesto economico 223
3.18.3. Mortalità evitabile 223

home

3.18.4. Rete ospedaliera 224
3.18.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 224
3.18.6. Medicina di base 225

3.19. Calabria
3.19.1. Contesto demografico 229
3.19.2. Contesto economico 230
3.19.3. Mortalità evitabile 230
3.19.4. Rete ospedaliera 231
3.19.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 231
3.19.6. Medicina di base 232

3.20. Sicilia
3.20.1. Contesto demografico 236
3.20.2. Contesto economico 237
3.20.3. Mortalità evitabile 237
3.20.4. Rete ospedaliera 238
3.20.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 239
3.20.6. Medicina di base 239

3.21. Sardegna
3.21.1. Contesto demografico 243
3.21.2. Contesto economico 244
3.21.3. Mortalità evitabile 244
3.21.4. Rete ospedaliera 245
3.21.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 245
3.21.6. Medicina di base 245

4. Il ruolo del farmaco nella società italiana: alcune evidenze sulla relazione fra consumo farmaceutico e caratteristiche socio-economiche 250

4.1. Premessa 250
4.2. La relazione fra età, reddito e consumi farmaceutici 251
4.3. Conclusioni 254

5. L'integrazione pubblico-privato 255

5.1. Premessa 255
5.2. La spesa sanitaria 256
5.3. Le strutture 264
5.4. Le scelte dei cittadini 266

6. Confronti internazionali 273

6.1. Il livello di soddisfazione dei cittadini 274
6.2. L'integrazione del Pubblico e del Privato 279
6.3. Organizzazione, risorse e attività dei servizi sanitari 286
6.4. Finanziamento e livelli minimi di assistenza 292
6.5. Sanità e sviluppo 300
6.6. Stato di salute e stili di vita 307
6.7. La sanità degli altri 312
6.8. The World Health Report 2000 dell'OMS/WHO e le classifiche di performance dei sistemi sanitari mondiali 316
6.9. Conclusioni 321

home

7. Materiali e metodi: struttura della banca dati e modalità di costruzione degli indicatori 323

7.1. Premessa 323
7.2. Popolazione 324
7.2.1. Stima della popolazione per classi di età 324
7.2.2. Popolazione pesata 324
7.2.3. Popolazione tipo 325
7.3. Decessi e mortalità evitabile 325
7.3.1. Note generali 326
7.3.2. Indicatori elaborati 329
7.3.3. La classifica sullo stato di salute 329
7.4. Malattie infettive 330
7.4.1. Note generali e indicatori elaborati 330
7.5. Infortuni 331
7.5.1. Note generali 331
7.5.2. Indicatori elaborati 331
7.6. Rete ospedaliera 332
7.6.1. Note generali 332
7.6.2. Indicatori elaborati 333
7.7. Personale del Ssn 334
7.7.1. Note generali 334
7.7.2. Indicatori elaborati 334
7.8. Gestione finanziaria 335
7.9. Medicina di base 335
7.9.1. Note generali e indicatori elaborati 335
7.10. Contesto demografico 335
7.10.1. Note generali 335
7.10.2. Indicatori elaborati 336
7.11. Contesto economico 336
7.11.1. Note generali 336
7.11.2. Indicatori elaborati 336
7.12. Aree Metropolitane 337
7.13. Nota metodologica 337

Appendice 341

Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia 342

Indice delle tavole e dei grafici

home

1. La classifica 2000 sullo stato di salute degli italiani: anni di vita persi per cause evitabili e Usl 27

Tavola 1.1.1. Morti per classi di età in Italia – Anni 1994-97 28
Tavola 1.2.1. Confronto fra morti evitabili 5-65 e 5-69 anni in Italia – Anni 1994-97 29
Tavola 1.4.1. Morti evitabili 5-69 anni in Italia – Anni 1995-97 31
Tavola 1.5.1 Anni perduti per cause evitabili in Italia nel 1994 e nel 1995/97: due edizioni di Prometeo a confronto 32
Grafico 1.6.1. Le classifiche regionali dell'edizione 2000 e 1999 di Prometeo: un confronto per posizione 34
Grafico 1.6.2. Le classifiche provinciali dell'edizione 2000 e 1999 di Prometeo: un confronto per posizione 34
Tavola 1.7.1. La classifica 2000: distribuzione geografica delle Usl per classe di anni di vita persi 35
Tavola: Classifica dello stato di salute in Italia: anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali 38

2. I principali indicatori: salute, servizi, contesto socio-sanitario 41

Tavola 2.1.1. Contesto demografico 60
Grafico 2.1. Piramidi della popolazione per classi di età e sesso 1997 61
Grafico 2.2. Composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso 1995-1997 64
Tavola 2.2.1. Contesto economico 70
Tavola 2.3.1. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause – Maschi 0-74 anni 71
Tavola 2.3.2. Mortalità standardizzata per grandi ruppi di cause – Femmine 0-74 anni 71
Tavola 2.3.3. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause – Maschi 75 anni e più 72
Tavola 2.3.4. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause – Femmine 75 anni e più 72
Tavola 2.4.1. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause – 5 – 69 anni 73
Tavola 2.5.1. Mortalità infantile e mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause 73
Tavola 2.6.1. Infortuni sul lavoro per classi di età e per esito 74
Tavola 2.7.1. Malattie infettive: indicatori regionali 1997 74
Tavola 2.7.2. Livello di complessità dei ricoveri ospedalieri 75
Tavola 2.8.1. Spesa corrente pro-capite per funzione del Ssn (Popolazione effettiva) Anno 1997 75
Tavola 2.8.2. Spesa corrente pro-capite per funzione del Ssn (Popolazione effettiva) Anno 1998 76
Tavola 2.8.3. Spesa corrente pro-capite per funzione del Ssn (Popolazione effettiva) Anno 1999 76
Grafico 2.8.1. Spesa pro-capite 1997 77
Grafico 2.8.2. Spesa pro-capite 1998 78
Grafico 2.8.3. Spesa pro-capite 1999 79
Grafico 2.8.4. Spesa pro-capite per popolazione effettiva Per posizione in graduatoria – Anno 1997 80
Grafico 2.8.5. Spesa pro-capite per popolazione pesata Per posizione in graduatoria – Anno 1997 80

home

Tavola 2.9.1. Dotazione posti letto - Terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza 81
Tavola 2.9.2. Dotazione posti letto - Specialità media assistenza e specialità di base 81
Tavola 2.9.3. Dotazione posti letto – Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree 82
Tavola 2.9.4. Tasso di utilizzazione posti letto – Terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza 82
Tavola 2.9.5. Tasso di utilizzazione posti letto – Specialità media assistenza e specialità di base 83
Tavola 2.9.6. Tasso di utilizzazione posti letto – Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree 83
Tavola 2.10.1. Personale, medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl 84
Tavola 2.10.2. Personale del Ssn: retribuzione media e incidenza salario variabile 85
Tavola 2.10.3. Personale del Ssn: incentivi e straordinari medi 85
Tavola 2.11.1. Medicina di base 86
Tavola 2.12.1. Spesa farmaceutica convenzionata del Ssn pro-capite – Popolazione pesata e effettiva 86
Tavola 2.12.2. Spesa farmaceutica convenzionata 1999 Valori assoluti e tassi di variazione 87
Tavola 2.12.3. Confronto fra spesa farmaceutica convenzionata netta e Fondo Sanitario Nazionale 1999 87
Tavola 2.12.4. andamento della spesa farmaceutica convenzionata 1999 – Valori assoluti e Tassi di variazione 88
Tavola 2.12.5. Confronto fra spesa farmaceutica lorda Ssn e valore della spesa complessiva per farmaci in classe "A" e "B" 88

3. Atlante sanitario delle regioni italiane 63

Tavola 3.1. Contesto demografico
3.1.1. Piemonte 98
3.2.1. Valle d'Aosta 105
3.3.1. Lombardia 112
3.4.1. P.A. Bolzano 123
3.5.1. P.A. Trento 129
3.6.1. Veneto 135
3.7.1. Friuli Venezia Giulia 143
3.8.1. Liguria 150
3.9.1. Emilia Romagna 157
3.10.1. Toscana 165
3.11.1 Umbria 173
3.12.1. Marche 180
3.13.1. Lazio 188
3.14.1. Abruzzo 196
3.15.1. Molise 203
3.16.1. Campania 210
3.17.1. Puglia 218
3.18.1. Basilicata 226
3.19.1. Calabria 233
3.20.1. Sicilia 240
3.21.1. Sardegna 247

Tavola 3.2. Contesto economico
3.1.2. Piemonte 99
3.2.2. Valle d'Aosta 105
3.3.2. Lombardia 114
3.4.2. P.A. Bolzano 123
3.5.2. P.A. Trento 129

home

3.6.2. Veneto 136
3.7.2. Friuli Venezia Giulia 143
3.8.2. Liguria 150
3.9.2. Emilia Romagna 158
3.10.2. Toscana 166
3.11.2. Umbria 173
3.12.2. Marche 181
3.13.2. Lazio 189
3.14.2. Abruzzo 196
3.15.2. Molise 203
3.16.2. Campania 211
3.17.2. Puglia 218
3.18.2. Basilicata 226
3.19.2. Calabria 233
3.20.2. Sicilia 240
3.21.2. Sardegna 247

TAVOLA 3.3. MORTALITÀ EVITABILE
3.1.3. Piemonte 99
3.2.3. Valle d'Aosta 105
3.3.3. Lombardia 114
3.4.3. P.A. Bolzano 124
3.5.3. P.A. Trento 129
3.6.3. Veneto 136
3.7.3. Friuli Venezia Giulia 144
3.8.3. Liguria 151
3.9.3. Emilia Romagna 158
3.10.3. Toscana 166
3.11.3. Umbria 174
3.12.3. Marche 181
3.13.3. Lazio 189
3.14.3. Abruzzo 197
3.15.3. Molise 204
3.16.3. Campania 211
3.17.3. Puglia 219
3.18.3. Basilicata 227
3.19.3. Calabria 234
3.20.3. Sicilia 241
3.21.3. Sardegna 248

TAVOLA 3.4 RETE OSPEDALIERA
3.1.4. Piemonte 100
3.2.4. Valle d'Aosta 106
3.3.4. Lombardia 115
3.4.4. P.A. Bolzano 124
3.5.4. P.A. Trento 130
3.6.4. Veneto 137
3.7.4. Friuli Venezia Giulia 144
3.8.4. Liguria 151
3.9.4. Emilia Romagna 159
3.10.4. Toscana 167
3.11.4. Umbria 174
3.12.4. Marche 182
3.13.4. Lazio 190
3.14.4. Abruzzo 197
3.15.4. Molise 204
3.16.4. Campania 212
3.17.4. Puglia 220
3.18.4. Basilicata 227
3.19.4. Calabria 234

home

3.20.4. Sicilia 241
3.21.4. Sardegna 248

Tavola 3.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl

3.1.5. Piemonte 101
3.2.5. Valle d'Aosta 106
3.3.5. Lombardia 117
3.4.5. P.A. Bolzano 125
3.5.5. P.A. Trento 130
3.6.5. Veneto 138
3.7.5. Friuli Venezia Giulia 145
3.8.5. Liguria 152
3.9.5. Emilia Romagna 160
3.10.5. Toscana 168
3.11.5. Umbria 175
3.12.5. Marche 183
3.13.5. Lazio 191
3.14.5. Abruzzo 198
3.15.5. Molise 205
3.16.5. Campania 213
3.17.5. Puglia 221
3.18.5. Basilicata 228
3.19.5. Calabria 235
3.20.5. Sicilia 241
3.21.5. Sardegna 249

Tavola 3.6. Medicina di base

3.1.6. Piemonte 101
3.2.6. Valle d'Aosta 106
3.3.6. Lombardia 118
3.4.6. P.A. Bolzano 125
3.5.6. P.A. Trento 130
3.6.6. Veneto 138
3.7.6. Friuli Venezia Giulia 145
3.8.6. Liguria 152
3.9.6. Emilia Romagna 160
3.10.6. Toscana 168
3.11.6. Umbria 175
3.12.6. Marche 183
3.13.6. Lazio 191
3.14.6. Abruzzo 198
3.15.6. Molise 205
3.16.6. Campania 213
3.17.6. Puglia 221
3.18.6. Basilicata 228
3.19.6. Calabria 235
3.20.6. Sicilia 242
3.21.6. Sardegna 249

4. Il ruolo del farmaco nella società italiana: alcune evidenze sulla relazione fra consumo farmaceutico e caratteristiche socio-economiche 250

Grafico 4.2.1. 251
Grafico 4.2.2. 252
Grafico 4.2.3. 253
Grafico 4.2.4. 254

home

5. L'integrazione pubblico-privato 255

Grafico 5.2.1. Spesa sanitaria pubblica e privata in Italia (% Pil) 257
Grafico 5.2.2. Spesa sanitaria pubblica 1997 (% Pil) 258
Grafico 5.2.3. Spesa sanitaria privata 1997 (% Pil) 258
Grafico 5.2.4. Tassi della spesa sanitaria corrente pubblica e privata 259
Grafico 5.2.5. Spesa pro-capite Regionale al lordo e al netto della mobilità 260
Grafico 5.2.6. Tasso di crescita della pubblica 261
Grafico 5.2.7. Ripartizione della spesa ospedaliera per tipo di Istituto erogatore 261
Tavola 5.2.1. Consumi sanitari 262
Tavola 5.2.2. Fondi di finanziamento della spesa privata sanitaria in % 263
Grafico 5.3.1. Strutture ospedaliere pubbliche, private ed accreditate per regione 265
Grafico 5.4.1. Visite mediche a pagamento intero per ripartizione geografica 266
Grafico 5.4.2. Visite mediche a pagamento intero per classi di età 267
Grafico 5.4.3. Attesa per visite mediche 267
Grafico 5.4.4. Visite mediche specialistiche per spesa sostenuta 268
Grafico 5.4.5. Accertamenti diagnostici a pagamento intero per sesso 268
Grafico 5.4.6. Accertamenti diagnostici a pagamento intero per età 268
Grafico 5.4.7. Accertamenti diagnostici a pagamento intero per ripartizione geografica 269
Grafico 5.4.8. Accertamenti diagnostici per spesa sostenuta 269
Grafico 5.4.9. Accertamenti diagnostici per spesa sostenuta e tipo 270
Grafico 5.4.10. Attesa per accertamenti diagnostici per ripartizione geografica 270
Grafico 5.4.11. Attesa per tipo di accertamento diagnostico 271
Grafico 5.4.12. Ricoveri a pagamento intero per sesso 271
Grafico 5.4.13. Ricoveri a pagamento intero per classe di età 271

6. Confronti internazionali 273

Grafico 6.1.1. Relazione tra livello di soddisfazione e spesa nei Paesi Ue 274
Grafico 6.1.2. Livello di soddisfazione dichiarata 275
Grafico 6.1.3. Giudizio sui servizi pubblici in Italia 275
Grafico 6.1.4. Giudizio sulla qualità del servizio offerto dal Ssn italiano 276
Grafico 6.1.5. Giudizio sui servizi del Ssn italiano furiti 277
Grafico 6.1.6. Soddisfazione sui principali servizi del Ssn 278
Grafico 6.2.1. Spesa sanitaria 1997 pubblica e privata negli Stati Uniti 280
Grafico 6.2.2. Previsioni di crescita della spesa pubblica negli Stati Uniti 281
Grafico 6.2.3. Fonti di finanziamento di ospedali for profit negli Stati Uniti 281
Grafico 6.2.4. Fonti di finanziamento di ospedali no profit negli Stati Uniti 282
Grafico 6.2.5. Spesa sanitaria nei Paesi con prevalenza di spesa privata 284
Grafico 6.2.6. Spesa sanitaria: confronti fra Paesi con diversi sistemi di finanziamento 285
Grafico 6.3.1. Dotazione massima e minima di posti letto nei Paesi sviluppati 287
Grafico 6.3.2. Andamento della popolazione sopra i 65 anni e dei PL post-acuzie in Italia 288
Grafico 6.3.3. Relazione fra posti letto post-acuzie e popolazione ultra 65 enne 288
Grafico 6.3.4. Relazione fra degenza e tasso di occupazione 291
Grafico 6.4.1. Finanziamento degli ospedali 299
Grafico 6.5.1. Retribuzione dei professionals 301
Grafico 6.5.2. Relazione fra spesa sanitaria e occupati in sanità 303
Grafico 6.5.3. Quota di importazioni farmaceutiche 305
Grafico 6.5.4. Quota di esportazioni farmaceutiche 305
Grafico 6.5.5. Saldi della bilancia farmaceutica 306

home

Grafico 6.6.1. Feriti in incidenti stradali 309
Grafico 6.6.2. Consumo di alcool 310
Grafico 6.6.3. Spesa farmaceutica pubblica % del Pil 312
Grafico 6.7.1. Prevalenza Aids popolazione adulta 313
Grafico 6.7.2. Prevalenza Tbc 315
Tavola 6.8.1. Raggiungimento globale degli obiettivi in termini di salute 318
Tavola 6.8.2. Performance in termini di salute 319
Tavola 6.8.2. Performance complessiva 319

7. Materiali e metodi: struttura della banca dati e modalità di costruzione degli indicatori 323

Tavola 7.1.1. Prometeo 2000 – Tutti gli indicatori proposti 323
Tavola 7.2.1. Popolazione stimata al 30 giugno di ogni anno 324
Tavola 7.2.2. Pesi per la determinazione della popolazione pesata 325
Grafico 7.2.1. Popolazione effettiva e pesata per tipologia di spesa Composizione per classi di età, dati 1997 325
Tavola 7.3.1. Popolazione tipo utilizzata per le edizioni Prometeo 1999 e 2000 326
Tavola 7.3.2. Decessi avventui in Italia nel trienni 1995-1997, per regione 326
Tavola 7.3.3.a Confronto fra tassi standardizzati calcolati utilizzando la popolazione mondiale e la popolazione italiana 1994 – Morti 0-74 anni, per sesso – Dati 1995-97 327
Tavola 7.3.3.b Confronto fra tassi standardizzati calcolati utilizzando la popolazione mondiale e la popolazione italiana 1994 – Morti 75 anni e più, per sesso – Dati 1995-97 327
Tavola 7.3.4. Decessi per causa di morte evitabile in età 5-69 anni trienni 1995-1997 328
Tavola 7.4.1. Numero di casi di malattia infettiva e notifica obbligatoria rilevate, anno 1997 330
Tavola 7.5.1.a Numero di infortuni nel 1997 e indennizzati a tutto giungo 1999 di età e tipologia 331
Tavola 7.5.1.b Numero di rendite dirette nel 1997, per classi di inabilità e tipologia 331
Tavola 7.6.1. Numero di istituti di cura presenti in Italia, dati 1997 332
Tavola 7.6.2. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per tipo di istituto, anno 1997 333
Tavola 7.6.3. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per regione, anno 1997 333
Tavola 7.7.1. Personale del servizio sanitario nazionale, per qualifica e tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro, anno 1997 334
Tavola 7.13.1. Decessi per grandi gruppi di cause secondo il diverso sistema di codifica e coefficienti di raccordo k 339
Tavola 7.13.2. Decessi per sottpgruppi di cause secondo il diverso sistema di codifica e coefficienti di raccordo k 340

Considerazioni generali

home

L'attuale congiuntura del sistema sanitario italiano può essere efficacemente raffigurata con l'immagine di un vulcano a rischio d'eruzione. Ai bordi del cratere siedono, più o meno consapevoli, i protagonisti della sanità del 2000, ovvero i presidenti delle Regioni italiane e i rappresentanti del governo centrale, impegnati in una sorta di partita a scacchi la cui posta è lo stesso destino del Servizio sanitario nazionale così come l'abbiamo conosciuto sino ad oggi.
Questa suggestiva "cartolina" vuole essere una sorta di premessa a questo capitolo introduttivo dell'edizione 2000 di Prometeo e nasce dalla convinzione di dover richiamare i nostri referenti e lettori ad uno scenario di possibili profonde mutazioni, se non vere e proprie rivoluzioni, negli assetti del nostro sistema di tutela della salute.
I fattori scatenanti tale processo sono così riassumibili:
1) una apparentemente definitiva affermazione della tendenza ad una forma federale dello Stato;
2) il perdurare di una sostanziale disomogeneità culturale, sociale, economica e progettuale che in sanità non può neanche essere circoscritta all'abituale dicotomia "nord-sud", ma riguarda nello specifico le singole regioni o al massimo "gruppi" di esse;
3) una forte conflittualità ideologica sui grandi temi del *welfare* tra i diversi schieramenti politici;
4) la necessità politica per le "nuove" Regioni, indipendentemente dal loro colore, di rafforzare il senso di autonomia attraverso l'emanazione di statuti e regolamenti sempre più indirizzati verso una concezione degli equilibri tra centro e periferia basata su un rapporto "*inter pares*";
5) una esasperazione di tali nuovi equilibri con la scelta di messaggi politici "forti" come quello della "*devolution*" su scuola, sicurezza e sanità;
6) l'imminente sfida elettorale per il rinnovo delle Camere dove è fortemente sentita la necessità per i due schieramenti di rimarcare divisioni e visioni opposte sull'organizzazione e la funzione del sistema sanitario.
L'insieme di questi fattori fa sì che la sanità italiana, in ogni caso da anni vissuta collettivamente come uno dei servizi pubblici peggio amministrati (vedi tra tutte l'indagine di *Eurobarometer* sul livello di soddisfazione degli italiani nei confronti del sistema sanitario), si trovi, suo malgrado, al centro di un grande movimento di idee, persone, risorse, prospettive e aspettative mai sopito a partire dai primi sussulti critici nei confronti della legge di riforma sanitaria del 1978.
Una tensione ed un movimento, uniti ad una storica lentezza delle cellule periferiche del Ssn nei confronti del cambiamento (non è inutile segnalare che in molte realtà locali non sono ancora state applicate molte norme delle precedenti "riforme

della riforma" del biennio 1992/1993), che hanno, di fatto, surclassato, fino alla quasi dimenticanza politica e legislativa, gli stessi tentativi di nuova riforma portati avanti dai primi tre governi di centro sinistra di questa legislatura. Va rilevato, infatti, e la cosa non può essere ascrivibile alla sola elefantiasi burocratica, che, a distanza di più di un anno dall'approvazione definitiva della legge 229 di razionalizzazione del Ssn, non è stato ancora emanato alcun provvedimento attuativo sostanziale, tranne le norme peculiari sul rapporto di lavoro dei medici dipendenti che hanno trovato rapida applicazione per la contestualità tra nuova riforma e rinnovo del contratto.

La sanità e il processo di privatizzazione dei grandi "service" pubblici

Quest'ultimo aspetto è degno di particolare attenzione perché può rappresentare un efficace termometro per misurare il livello di attenzione e di recettività delle Regioni, delle istituzioni professionali e imprenditoriali del mondo sanitario e del complesso della cittadinanza, di fronte ad un tentativo di riportare la sensibilità della società italiana su una visione universalistica e tutto sommato "pubblicistica" della sanità, nello stesso momento storico in cui si provvede alla destatalizzazione e all'immersione nel mercato di altri grandi comparti pubblici come le poste, i telefoni, le ferrovie o l'apparato energetico.

In altre parole, mentre lo scontro ventennale tra concezione pubblicistica nella gestione dei grandi "*service*" sociali e concezione social-liberista dello Stato (da cui nacque quel "meno Stato più mercato" che tenne banco a partire dai primi anni '80), si concludeva con la sostanziale vittoria del secondo schieramento, per la sanità, al contrario, si sceglieva la strada del rilancio della vecchia legge istituiva del Ssn, la 833 del 1978, e quindi di un sistema sanitario fondamentalmente pubblico.

Era la scelta giusta? O meglio, era la scelta attesa dagli italiani? Non è detto, se si guarda alla netta sconfitta del centro sinistra alle elezioni regionali, dove la "questione sanità" aveva assunto un ruolo di prim'ordine nei programmi e nelle campagne elettorali in tutt'Italia, divenendo fattore di forte differenziazione (pro e contro il decreto legislativo 229 appena varato) tra i diversi schieramenti politici.

In sostanza, quella legge, approvata dopo tre anni di strenuo confronto e di tenaci iniziative, appariva in qualche misura sconfessata, e neanche troppo indirettamente, dalla maggioranza degli italiani.

Oggi, in questo scorcio d'anno, a pochi mesi dalle nuove elezioni, la sanità resta al centro di forti polemiche e di grandi tensioni a dimostrazione ulteriore del perdurare di uno stato di crescente incertezza su quale sistema sanitario sia il più adatto alla società italiana degli anni 2000.

Questo riporta alla nostra visione del vulcano. Sull'orlo del cratere, dicevamo, siedono i grandi protagonisti del sistema su cui pesa il gravoso onere di trovare per tempo lo spazio idoneo a controllare l'eruzione imminente ed incanalare la lava incandescente entro argini robusti, in grado di sostenere ed indirizzarne il corso secondo strategie di riassetto del sistema che non disperdano quel grande patrimonio di esperienze e di capacità organizzative e di risposta che in ogni caso il nostro Ssn è riuscito a dare nei suoi 22 anni di vita (come dimostra quel 2° posto assegnato all'Italia in termini di "rendimento globale" del sistema salute nel confronto con i 191 Paesi del mondo effettuato dall'Organizzazione mondiale della sanità nel luglio scorso). Ci riusciranno? C'è la volontà politica per farlo? È presto per dirlo, ma riteniamo utile richiamare l'attenzione dei lettori/utenti di Prometeo su alcuni possibili scenari che potrebbero delinearsi nel prossimo futuro.

Primo scenario: la grande diaspora

La logica della devoluzione e dei referendum propositivi, da svolgersi in concomi-

tanza con il voto per il rinnovo delle Camere il prossimo anno, prevale nella maggioranza delle Regioni, sulla spinta della locomotiva lombarda cui hanno già aderito altre regioni del Nord.
Prima conseguenza sarà l'inasprirsi del confronto in atto tra governo centrale e Regioni sui nodi centrali di attuazione del decreto legislativo 229 – in particolare per quanto riguarda la definizione dei livelli di assistenza e del sistema di accreditamento delle strutture sanitarie – e sulle modalità di avvio del nuovo sistema di finanziamento previsto dalla legge sul federalismo fiscale. In questo scenario, al di là degli accordi che saranno sottoscritti – e non è escluso che l'unico atto sarà quello relativo al riparto del Fsn e alla definizione delle quote spettanti alle singole Regioni che serviranno a stabilire quanto, delle entrate fiscali a livello regionale, dovrà essere trattenuto in sede per la sanità – è molto probabile la definizione degli assetti futuri del sistema sanitario resterebbe in *stand by* aspettando il voto popolare. In caso di vittoria del centro destra sia alle elezioni che al referendum sulla devoluzione, è plausibile che il nuovo Parlamento vorrà porre mano ad una nuova riforma della riforma con l'obiettivo di scardinarne l'impianto "nazional-solidaristico" e mettere le Regioni nelle condizioni di poter legiferare in piena autonomia anche per gli aspetti riguardanti gli stessi assetti ordinamentali del sistema. A questo punto la via di una generale differenziazione dei sistemi sanitari regionali sarebbe aperta e le singole Regioni sarebbero libere di scegliere quale sistema sanitario adottare. Inizierebbe così la "grande diaspora" con ripercussioni sostanziali non solo sugli assetti gestionali e organizzativi ma anche per ciò che concerne le possibilità di accesso e di finanziamento, nonché per i rapporti di lavoro e di convenzione con i vari soggetti pubblici e privati. La visione di un Italia con 21 servizi sanitari locali differenti l'uno dall'altro potrebbe anche diventare realtà.

Secondo scenario: il federalismo solidale

Da qualche tempo una nuova attenzione è stata posta sul tema della solidarietà: ne è nata una suggestione testimoniata dallo slogan "federalismo solidale". Con tale termine viene alla luce una sorta di "via di mezzo" tra il federalismo spinto e il centralismo ordinamentale del 229, che consentirebbe di liberare le Regioni dai vincoli legislativi alla base della stessa concezione di servizio sanitario nazionale, in favore della creazione di una "camera di compensazione" delle differenze e dei dislivelli in termini di assistenza e opportunità tra una Regione e l'altra. In tal modo non si impedirebbe alla singola realtà locale di scegliere un sistema diverso dal modello nazionale vigente oggi, ma si garantirebbe comunque la salvaguardia di livelli minimi di assistenza in tutta Italia a prescindere, appunto, dal modello di sanità adottato. Su questa strada non è escluso si possa trovare un compromesso, ampliando e meglio definendo il principio di sussidiarietà già contemplato nel disegno di legge sul federalismo attualmente in discussione in Parlamento. Sulla sussidiarietà, intesa come possibilità di intervento di "rinforzo" e "sostegno" da parte dello Stato nei confronti delle Regioni e da parte delle stesse Regioni nei confronti dei cittadini, potrebbero, come dicevamo, trovarsi possibilità di accordo tra i diversi schieramenti, a prescindere dalle attuali rigidità manifestatesi nel dibattito alla Camera e motivate apparentemente più dall'imminenza elettorale che da un reale approfondimento della materia.
Ne potrebbe emergere una mappa ugualmente distinta tra una regione e l'altra in termini di ordinamento e assetto del sistema sanitario, ma dotata di una chiave di intervento rappresentata dalla comune volontà di mantenere una regia unitaria delle diverse esperienze. Una volontà di regia finalizzata non più al "controllo" del rispetto delle regole e dei percorsi stabiliti centralmente, ma alla condivisione di quei modelli di assistenza locali che mostrino di funzionare meglio degli altri in ter-

mini di efficacia ed efficienza. Nello stesso tempo il mantenimento di una sede di confronto permanente tra Regioni e Stato consentirebbe di intervenire con risorse collettive in quelle situazioni di oggettiva ristrettezza finanziaria o di difficoltà gestionale che, nel caso della "grande diaspora", rischierebbero di essere lasciate al proprio destino. In conclusione, la sanità italiana emergente in questo scenario risulterebbe armonica con quella visione che vuole la "diversità" come fattore di "ricchezza" e non di frammentazione sterile del nostro Paese, volta ad enfatizzare positivamente le peculiarità del territorio in termini di nuove possibilità di sviluppo calibrato sulle specifiche scelte ed esigenze locali.
Non avremo più un Servizio sanitario nazionale nel senso odierno, ma diversi sistemi di tutela della salute gestiti di concerto tra le varie Regioni, quali veri e propri "modelli" da verificare e monitorare, alla ricerca dell'ottimizzazione nel rapporto tra domanda e offerta. Si aprirebbe un'interessante ed inedita stagione per la sanità italiana, dove potrebbero finalmente trovare pratica sperimentazione le diverse concezioni di sistemi sanitari fino ad oggi discussi e analizzati in sede squisitamente teorica, attivando una sorta di "laboratorio sanità" con l'obiettivo di sintetizzare e rendere fruibili informazioni ed esperienze in campo legislativo, finanziario, organizzativo e gestionale. Nello stesso tempo il cittadino tornerebbe effettivamente ad assumere quel ruolo di "centro" del sistema, con la possibilità reale di orientare le scelte di programmazione e organizzazione in sede locale.

Terzo scenario: la rivincita del Ssn

Un terzo ed ultimo scenario è quello del rilancio della visione universalistica e nazionale della sanità, insita nel decreto legislativo 229. Tale ipotesi ha come presupposto la vittoria del centro sinistra alle prossime elezioni. Al momento, senza intervenire con alcuna previsione al riguardo (i sondaggi in merito variano giorno per giorno e non ci azzarderemo certo a farne di nostri), va detto che gli equilibri attuali interni alla maggioranza sembrano pendere più a favore di una "applicazione critica" del 229 che ad un suo convinto rilancio senza interesse.
In ogni caso qualora si dovesse verificare tale scenario riteniamo sarebbe un grave errore il non considerare con la dovuta attenzione il clima di grande insofferenza che quel forte richiamo alla centralità legislativa "romana" in materia sanitaria ha comunque provocato e non solo tra le Regioni del centro destra, ma anche in ambienti istituzionali dell'attuale maggioranza.
La riproposizione *tout court* del 229, senza tener conto delle difficoltà di attuazione di una legge così complessa e senza rispettare in ogni caso la "voglia" di federalismo, giusta o sbagliata che sia, riteniamo, lo ripetiamo, sarebbe un grave errore le cui conseguenze si vedrebbero probabilmente in un ennesimo lacerante, quanto infruttuoso, *ballon* d'essai tra regioni e governo centrale sul piano delle responsabilità finanziarie e su quello della titolarità in campo sanitario.

Prometeo: uno strumento per aiutare a capire la sanità che cambia

Anche l'edizione 2000 di Prometeo ha l'obiettivo principale di fornire ad operatori ed esperti di sanità, sia istituzionali che privati, una serie dettagliata di informazioni sulla sanità italiana, attraverso l'uso di indicatori sanitari, demografici ed economici elaborati a livello di singola Azienda Usl.
Nella sua seconda annualità, poi, Prometeo ha voluto approfondire il tema dell'intreccio tra pubblico e privato nel sistema dei servizi, ormai strategico e presente in tutti i sistemi sanitari dell'Occidente e quello, altrettanto centrale, del ruolo del farmaco nella tutela della salute, analizzando in particolare la relazione tra età, reddito e consumi farmaceutici. Infine, rispetto allo scorso anno, è stata inserita una vasta

panoramica dei sistemi di salute di altri Paesi, occidentali e non, per contribuire alla riflessione su questioni e problematiche del Ssn alla luce degli spunti e delle considerazioni scaturite da un ampio ed articolato confronto internazionale.
Un primo importante risultato pùò essere citato, in estrema sintesi, come frutto dell'ampio sforzo di elaborazione ed analisi di Prometeo.
Ancora una volta i dati hanno dimostrato il complesso carattere multidimensionale della salute e la rilevanza di quelle componenti economiche e sociali, legate al territorio, all'ambiente ed alla qualità della vita, alle modalità di lavoro ed alla struttura produttiva, ai modelli demografici e familiari che, lungi dal poter essere considerate come dimensioni aggiuntive rispetto a quelle fisiche e psichiche, vanno considerate, insieme alle caratteristiche dell'organizzazione sanitaria, elementi costitutivi del livello di benessere dei singoli come della popolazione.
E, se è vero che le analisi di dettaglio realizzate nello studio servono a superare alcuni degli stereotipi sulle differenze tra Nord e Sud nel campo della salute e dei sistemi di cura, le significative differenziazioni riscontrate a livello di singole regioni ed al loro interno rappresentano un elemento di riflessione ulteriore per il dibattito attuale sulla trasformazione della sanità, dominato dal tema della regionalizzazione e del federalismo.

La "classifica" sullo stato di salute della popolazione italiana

La classifica di Prometeo 2000 sullo stato di salute della popolazione sulla base dei dati di mortalità evitabile si presenta più "robusta" e "stabile" rispetto a quella edita lo scorso anno, in quanto vi contribuiscono 248 mila casi riferiti al triennio 1995-97 (in luogo dei 59 mila casi del 1994 su cui era fondata l'edizione 1999) oltre che basata su dati migliori e più attuali, grazie alle innovazioni introdotte dall'Istat.
Nonostante tali innovazioni, l'immagine del Paese emersa nella classifica precedente appare confermata. A livello regionale, solo Umbria e Basilicata vedono modificarsi la propria situazione, con la prima che migliora la sua posizione, facendo registrare una diminuzione del numero standardizzato di anni di vita persi per cause evitabili ogni 100 mila potenziali e rientrando così nell'area di eccellenza che va dall'Abruzzo alla Toscana e prosegue idealmente alla confinante Liguria. Viceversa, la Basilicata peggiora la sua posizione rendendo più uniforme la situazione del Sud, mentre il Nord e le due Isole maggiori non subiscono variazioni.
Anche dal punto di vista provinciale si conferma la forte somiglianza fra le due indagini, anche se la situazione appare necessariamente più frastagliata.
Delle 103 province solo 30 cambiano la loro posizione in modo piuttosto netto, Lodi, Trieste e Reggio Emilia in negativo, ed Enna, in positivo. Risulta in conclusione confermata e per alcuni versi meglio specificata l'immagine del Paese emersa dalla ricerca di un anno fa:
– il Nord, trova nell'edizione 2000, ben 23 delle sue 46 province nella situazione peggiore e solo due (Genova e La Spezia) in quella più favorevole;
– il Centro, al contrario, presenta 12 province su 21 in situazione di eccellenza, ed una unica provincia, Massa Carrara, in una posizione solo leggermente meno positiva;
– il Sud trova in Caserta l'area più problematica, mentre 10 delle sue 23 province presentano le situazioni migliori;
– le Isole maggiori, ad eccezione di Trapani e Messina, ad un estremo, e Nuoro, all'altro, presentano 10 province nelle posizioni intermedie.
Rinviando al capitolo sulle classifiche l'analisi di dettaglio relativa alle Aziende Usl, è possibile qui ribadire che, ai due livelli considerati, emerge nuovamente con forza il legame tra maggiore benessere socioeconomico e maggiori rischi di mortalità per cause evitabili anche grazie all'intervento dei servizi sanitari.

Alcuni comportamenti inappropriati (abuso di alcool e di fumo, ad esempio, ma anche esposizione a rischi legati all'ambiente e di lavoro e di vita, come nel caso degli incidenti stradali o degli infarti) sono notoriamente più diffusi in alcune delle aree più industrializzate del Nord e del Centro. Viceversa, soffermando l'attenzione sugli indicatori di mortalità perinatale ed infantile, la situazione problematica del Sud emerge significativamente. Se è vero, quindi, che fattori culturali che si riflettono sugli stili di vita pesano più della stessa strutturazione dell'offerta di assistenza sanitaria, non si può non sottolineare che, nonostante il significativo sforzo del Ssn di favorire un superamento delle principali differenze di livello assistenziale nel Paese, molto ancora debba essere fatto.
Risulta in ogni caso rimarcato che l'esito in termini di salute o di minore numero di anni di vita persi per cause di morte evitabile è il frutto di un complesso sistema di condizioni rispetto alle quali il modello di organizzazione sanitaria è solo una variabile e non necessariamente la più strategica.

Una mappa territoriale della sanità italiana: gli sforzi finanziari, la demografia e l'economia

La graduatoria tra le regioni sulla base della spesa corrente pro-capite del Ssn rappresenta un'altra peculiarità dell'analisi svolta da Prometeo.
Già nella edizione 1999, a partire dalla constatazione che il dato sulla spesa risente della diversa composizione per età della popolazione, si è cercato di andare al di là di un mero confronto sul piano finanziario tra i diversi livelli di spesa regionale attraverso la costruzione di un "indice" che, utilizzando la popolazione pesata, consentisse di eliminare la distorsione derivante dalla diversa struttura per età della popolazione e di realizzare una più corretta valutazione dello scostamento delle spese pro-capite regionali dalla media del Paese.
Considerando la spesa pro-capite pesata, cambiano, quindi, alcune delle posizioni nella graduatoria tra le regioni dando luogo ad una diversa mappa della spesa sanitaria nella quale alcune regioni del Sud, risalendo nella graduatoria della spesa sulla popolazione pesata evidenziano, a parità di bisogno assistenziale, una minore capacità di controllo della spesa, a fronte di regioni come l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria e le Marche, che presentando una spesa più elevata nella graduatoria meramente finanziaria, scendono considerevolmente nella graduatoria che annulla le differenze in termini di bisogno assistenziale legato alla struttura per età della popolazione, evidenziando un utilizzo tendenzialmente più efficiente della spesa di quanto apparirebbe a prima vista.
Ovviamente, per avere un indicatore di efficienza nell'uso delle risorse, si dovrebbe ulteriormente considerare la effettiva dotazione di strutture ed anche la mobilità regionale; la standardizzazione della popolazione permette comunque di espletare in maniera più corretta i confronti, permettendo di apprezzare più efficacemente i diversi comportamenti di spesa regionale e sfatando, in definitiva, l'impressione di una spesa estremamente più contenuta al Sud rispetto al Nord.
Tra l'altro, gli esiti del confronto tra le due diverse graduatorie di spesa sono confermati anche considerando la spesa sanitaria corrente per gli anni 1998 e 1999.
Proseguendo l'analisi, i principali indicatori demografici relativi al contesto socio-economico ed ai servizi sanitari contenuta nei capitoli 2 e 3, consentono di rimarcare il permanere di troppe e significative differenziazioni non solo tra Nord, Centro e Sud ma tra le aree, le singole regioni ed al loro interno, di cui è utile richiamare, in estrema sintesi, alcune evidenze.
a) Da un punto di vista demografico, emerge il quadro di una Italia caratterizzata da un importante fenomeno di invecchiamento della popolazione, sostanzialmente divisa tra una zona, il Centro-Nord, in cui prevale una situazione più marcata di

bassa natalità che non assicura il ricambio generazionale e di significativo invecchiamento della popolazione e di un'altra area, il Sud, in cui i tassi di natalità sono, in generale, più elevati, è maggiore il ricambio generazionale, sono presenti quote maggiori di popolazione giovanile ed il processo di invecchiamento appare dunque più limitato. Tuttavia, anche all'interno di tale quadro generale non mancano differenziazioni, come la provincia autonoma di Bolzano che presenta valori di natalità e mortalità ed una struttura per età della popolazione più simile a quella del Sud oppure regioni del Sud che sperimentano un fenomeno più consistente di invecchiamento della popolazione e regioni ancora in una situazione di maggiore equilibrio demografico.

b) Sotto il profilo socio-economico, si evidenzia il mantenimento di forti sperequazioni tra le aree del Paese ed ancor più tra le regioni, con un primato nella produzione di ricchezza nazionale diviso tra le regioni del Nord-ovest e quelle del Nord-est, ed una significativa condizione di ritardo del Sud evidenziato dall'andamento di tutti gli indicatori ed in particolare da quello di disoccupazione;

c) Infine, per quel che concerne la situazione dell'offerta, si rileva che in termini di disponibilità totale di posti letto, l'Italia, con una media di 5,4 posti letto per 1.000 abitanti, è scesa al di sotto dello standard di 5,5 anche se non sono molte le regioni che si sono adeguate. Nella Provincia Autonoma di Trento, nel Lazio, nelle Marche, in Friuli Venezia Giulia, in Abruzzo e nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad esempio, l'offerta di oltre 6 posti letto per 1.000 abitanti risulta ancora troppo ampia. All'opposto, è in Campania, in Sicilia, in Basilicata e in Valle d'Aosta che si trova una situazione che esprime una certa carenza rispetto allo standard, con una dotazione che varia dal minimo di 4 al massimo di 4,6 posti letto per 1.000 abitanti. Per quel che riguarda la risorsa personale, in generale, nelle regioni del Centro Nord il numero di dipendenti del Ssn in rapporto alla popolazione appare più consistente mentre risulta più basso al Sud dove non raggiunge, con l'eccezione di Molise, Calabria e Sardegna, l'1% della popolazione, come succede anche nel Lazio, anche se va sottolineato che questo rapporto è effettuato sulla popolazione effettiva e non su quella pesata e va quindi letto in controluce con l'analisi finanziaria.

Se a livello nazionale i dati confermano il buon livello di salute generale ed il miglioramento nel tempo di quegli indicatori, come la mortalità infantile, che da soli evidenziano livello di salute e di benessere complessivo di una popolazione, le forti differenziazioni tra zone del paese non sembrano pertanto essere ancora superate.

L'Italia e la sanità degli "altri"

Inoltre, risulta in generale basso (e ciò appare più evidente proprio alla luce del confronto internazionale), il livello di soddisfazione che i cittadini italiani esprimono nei confronti del sistema sanitario nazionale: il secondo migliore sistema sanitario al mondo sconta la più alta percentuale di cittadini insoddisfatti, ed in questo paradosso si concentra tutta la peculiarità della Sanità italiana.

Per provare a capire di più della nostra schizofrenia nazionale si è scelto quindi di non rinchiudersi nei problemi domestici, ma di allargare i confini dell'analisi a ciò che avviene nel resto del mondo.

Un buon punto di partenza è il recente *The World Health Report 2000* dell'OMS/WHO, che ci ha promosso a pieni voti nella sua nuova ed originale classifica delle performance dei sistemi sanitari. È evidente che il tentativo dell'OMS/WHO è oltremodo ambizioso: la misura del livello globale di salute della popolazione è infatti affare complesso, che non ha ancora trovato soluzione definitiva. La stessa definizione del contributo dei sistemi sanitari, piuttosto che degli stili di vita o di altri fattori socioeconomici, al raggiungimento di più alti livelli di salute, è questione controversa. Scopriamo così luci ed ombre del nostro secondo posto, ottenuto die-

tro la Francia, e possiamo iniziare a ragionare confrontandoci con le migliori esperienze internazionali. Scopriamo di vivere molto e bene, mentre ancora larghi strati della popolazione mondiale stentano a sopravvivere, e di spendere poco per raggiungere tale risultato (ma sarà un pregio o una sottostima?); nello stesso tempo risultiamo carenti nella capacità di risposta alle aspettative dei cittadini, come anche nella capacità di finanziare in modo equo il settore.
Tali problemi appaiono comuni a molti Paesi, e non potrebbe essere diversamente nell'epoca della globalizzazione dei mercati per il continuo scambio di informazioni e di esperienze e perché le crescenti migrazioni tendono a esportare le problematiche epidemiologiche, mentre i sempre più stringenti vincoli di bilancio rendono comuni le tensioni economiche, accomunando sistemi sanitari una volta ritenuti fortemente diversi.
Per trovare un fattore culturalmente unificante del dibattito di politica sanitaria nei Paesi sviluppati, dobbiamo fare riferimento alla ricerca di un modello nuovo di intervento pubblico in Sanità, capace di elevare il livello di efficienza del sistema senza pregiudicarne l'equità, ed in particolare la tutela delle fasce deboli della popolazione.
Sebbene molti passi avanti siano già stati fatti a questo proposito, molti problemi rimangono ancora sul tappeto. In primo luogo per l'inerzia al cambiamento dovuta a culture e organizzazioni dei servizi sanitari consolidate nel tempo; ma soprattutto per la difficoltà di sciogliere il nodo dei confini dell'area di tutela pubblica della salute, che si porta con sé tutte le difficili problematiche del finanziamento.
Un fatto nuovo appare peraltro affacciarsi nel dibattito, ed è rappresentato dalla considerazione delle potenzialità di sviluppo del settore: che la Sanità non rappresenti solo un costo a carico dei budget pubblici e familiari è una consapevolezza tutto sommato di recente acquisizione.
Nel capitolo sulla Sanità internazionale, si tenta una riflessione su tutto ciò, senza trascurare del tutto di dare rappresentazione alla realtà di quel terzo di popolazione mondiale che stenta ancora a sopravvivere con lo scopo di acquisire consapevolezza delle debolezze del nostro SSN, ma anche di riconoscergli meriti che spesso gli vengono negati a causa della provincializzazione del dibattito.

L'integrazione pubblico-privato

Un ulteriore aspetto al centro del dibattito odierno è il rapporto tra componente pubblica e privata nell'ambito del nostro sistema per la salute. A questo proposito va ricordato che la crescente integrazione fra settore pubblico e privato è quanto si riscontra praticamente in tutti i servizi sanitari del mondo. La Sanità (o forse, meglio, l'Assistenza Sanitaria) viene erogata in mercati che, secondo un'opinione generalmente condivisa, non possono essere lasciati al puro meccanismo concorrenziale: trattandosi di un bene meritorio, lo Stato ritiene normalmente necessario intervenire in salvaguardia di interessi pubblici. Ciò che differenzia i sistemi sanitari non è, quindi, la presenza di interventi pubblici, più o meno integrati con quelli privati, quanto l'intensità e la modalità di tali interventi.
La Sanità italiana rappresenta, da questo punto di vista, una realtà peculiare, non scevra da aspetti contraddittori. Ne segue che nel nostro Paese, sebbene in forma forse non del tutto evidente, è in corso, con alterne vicende, un dibattito sul modo di intendere il ruolo dello Stato e del privato nel settore sanitario.
Fra le principali peculiarità italiane non si può tacere lo sviluppo di uno dei maggiori sistemi sanitari pubblici universali (ovvero esteso a tutti i residenti), nato nel 1978 sulle ceneri del sistema mutualistico, che ha visto parallelamente contrarsi la quota pubblica di spesa sanitaria e aumentare quella direttamente sostenuta dalle famiglie (out of pocket).

Il nostro è un sistema che ancora sconta l'eredità del fallimento delle mutue. L'aver addossato i debiti e le strutture di quelle sul nascente SSN ci ha portato ad avere una rete di erogatori in larghissima maggioranza pubblici, creando una pericolosa commistione di ruoli, con lo Stato contemporaneamente nel ruolo di terzo pagante, controllore ed anche gestore diretto del servizio. Il conseguente dibattito sul ruolo dello Stato in Sanità, che negli anni si è andato sviluppando, ancora non è approdato ad un porto sicuro; diverse impostazioni del mutuo contributo del settore pubblico e privato nel comparto ancora si confrontano.
Gli attuali equilibri nell'integrazione fra pubblico e privato in Italia sono quindi descritti nel capitolo 5, nel tentativo di coglierne la multidimensionalità: esigenze di bilancio e ripartizione della spesa fra settore pubblico e privato; distribuzione della gestione delle strutture assistenziali fra pubbliche e private, e fra queste ultime quelle accreditate e quelle esterne al SSN; evoluzione privatistica dei contratti di lavoro del personale sanitario; scelta del consumatore fra struttura pubblica e privata per la soddisfazione dei propri bisogni.

Il ruolo del farmaco

Descrivere in breve il ruolo del farmaco è operazione praticamente impossibile. Malgrado questa convinzione, si è ritenuto doveroso chiedersi quale relazione esista fra il consumo farmaceutico e le dimensioni di analisi utilizzate da Prometeo per descrivere le performance del SSN italiano.
Lo studio rappresenta il proseguimento, senza soluzione di continuità, delle analisi elaborate in Prometeo 1999.
Con nuove e più precise statistiche, nonché informazioni più aggiornate a disposizione dell'elaborazione, è risultato che il modello già abbozzato l'anno scorso appare essere credibile e robusto.
Ne emerge una descrizione complessa del farmaco, che sembra cambiare natura economica in funzione delle diverse modalità con cui la regolamentazione del settore lo fa percepire al paziente.
Così si evidenzia una componente di spesa pubblica in cui il consumo farmaceutico non è legato al reddito se non per l'effetto delle esenzioni, tali da comportare un maggior consumo in presenza di minore reddito.
A fianco della componente pubblica, ha però una sua rilevanza la quota di spesa privata, nella quale il farmaco ha le caratteristiche dei beni normali, ed è quindi sensibile al fattore reddito, con consumi proporzionali a quest'ultima variabile oltre che all'età.
Appare interessante che la componente privata sia sensibile al fattore età, perché dimostra come l'attuale politica farmaceutica del SSN di fatto non sia capace di equità verticale, lasciando una quota del bisogno legato al naturale invecchiamento a carico dei soggetti interessati.

Per una sintesi finale

Se si considerano congiuntamente i risultati delle diverse analisi si evidenzia ancora una volta la permanenza di una varietà di situazioni di vita e di tutela tutto sommato poco compatibili con il quadro di un organico ed integrato sistema sanitario nazionale. Ad esempio, a fronte di una bassa mortalità evitabile al Sud, permane decisamente più alta in questa area il livello della mortalità infantile e perinatale. Ancora guardando le diverse categorie di morti evitabili, mentre i valori della maggior parte delle regioni del Nord e di alcune del Centro sono più elevate considerando le morti evitabili in seguito ad intenti di prevenzione primaria e di diagnosi precoce e terapia, per le cause di morte evitabili con misure di igiene (comprese le vaccinazioni) e con una buona organizzazione sanitaria i valori relativi al Sud si alza-

no significativamente. Inoltre, i dati sulla struttura economica e produttiva, sul contesto socio-demografico e sulle principali caratteristiche dell'offerta ospedaliera e di personale evidenziano il permanere di una serie infinita di situazioni problematiche differenziate.

Tutto ciò fa emergere almeno tre ordini di conseguenze con implicazioni forti di politica sanitaria sia di breve che di lungo periodo, cioè sia con riferimento all'immagine dei bordi del vulcano che si è richiamata nell'apertura di queste considerazioni generali e con riferimento ai prossimi mesi, sia in una ottica più ampia di valorizzazione delle nuove potenzialità senza disperdere i valori sin qui acquisiti in particolare:

– appare troppo sottovalutato il carattere essenziale dell'intreccio di fattori extrasanitari e sanitari in senso stretto nonché del loro reciproco condizionamento; al contrario la politica sanitaria non si può fare solo prestando attenzione agli aspetti di organizzazione sanitaria e concentrandosi sulla malattia e l'intervento tecnico-assistenziale;

– ancora una volta risulta inappropriato il criterio di riparto capitario: le regioni che in apparenza spendono di meno appaiono molto meno efficienti se si considera la complessità dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento; il permanere di così forti differenziazioni territoriali, non solo macro ma anche infraregionali, deve far riflettere sulla necessità di puntare su obiettivi di salute anche a livello di destinazione di fondi e con una esplicita attenzione alle peculiarità di bisogno e delle condizioni di vita. Si tratta di una questione non sottovalutabile né automaticamente superata dalle nuove modalità di finanziamento, almeno sulla base delle regole generali finora note;

– valutare il peso degli insuperati disequilibri territoriali comporta, infine, la necessità di controllare l'esito del processo di regionalizzazione senza limitare l'attenzione solo sulle *performance* tecniche del sistema.

1. La classifica 2000 sullo stato di salute degli italiani: anni di vita persi per cause evitabili e Usl

1.1. Premessa

Avere a disposizione, tramite il supporto e le elaborazioni dell'Istituto Nazionale di Statistica, una banca dati di 2,2 milioni di osservazioni di eventi morte dal 1994 al 1997 fa toccare con mano cambiamenti demografici avvenuti quasi senza dar segno di sé in soli 1000 giorni (tavola 1.1.1.):

– nel 1994 solo il 26,0% dei casi di morte avveniva in Italia in soggetti di 85 anni e oltre (in pratica un italiano su 4); questa percentuale diventa il 27,1% nel 1995, il 28,3% nel 1996 e il 30,0% nel 1997; manca poco, forse accadrà già nel 2001 o nel 2002, per arrivare a dire che un italiano su tre muore oltre la soglia degli 85 anni (obiettivo sostenibile del 33%);

– sempre nel 1994 in Italia si moriva in media a 74 anni e 63 giorni (dati Prometeo ed. 1999); nel 1997, dopo tre anni, questo numero diventa 75 anni e 77 giorni (dati Prometeo 2000, resi disponibili dall'Istat ad agosto 2000); questa modifica riflette una progressione formidabile, forse irripetibile, perché nel rapido spazio di un triennio l'italiano medio è riuscito ad allontanare l'appuntamento con la morte di ben un anno, per l'esattezza un anno e 14 giorni.

Se solo si continuasse di questo passo, ammesso e non concesso che ciò sarà mai possibile, il primo secolo del nuovo millennio vedrebbe allungarsi la vita in media di oltre 30 anni. Fantascienza? Per alcuni versi sicuramente, anche se nel secolo appena concluso qualcosa del genere è successo veramente: l'età alla morte dell'italiano medio era di soli 55 anni agli inizi del novecento, escludendo però dal calcolo i morti con meno di cinque anni di vita. Se si include anche questa fascia di età, l'elevatissima mortalità perinatale e infantile schiaccia l'età media alla morte dei primi del '900 addirittura ad un valore vicino a 33 anni.

Occorre quindi ragionevolmente tenere presente una considerazione: è facile migliorare partendo da posizioni basse in classifica ma nei casi di eccellenza è più difficile perché, un po' come succede ad esempio per il salto in alto in atletica, ad andare avanti ci sono sempre maggiori difficoltà e i risultati differenziali sono via via meno rilevanti. L'Italia in termini di longevità è sicuramente in una situazione eccellente? I confronti internazionali sembrano confermarlo, perché siamo una delle nazioni con la speranza di vita più alta. Ciononostante dagli ultimi dati alla base delle analisi di mortalità di questa edizione di Prometeo emerge un'evidenza difficilmente contestabile: l'elastico non è esteso al massimo e c'è ancora spazio per migliorare nei prossimi anni.

Guardando le cose dal punto di vista del bicchiere mezzo pieno, si dovrebbe molto presto arrivare a verificare che una persona su tre concluderà la propria

vita oltre gli ottantacinque anni di età. Non va dimenticata però l'altra faccia della medaglia, il bicchiere mezzo vuoto costituito da coloro che si perdono per strada, nel lungo cammino che va dalla nascita fino a quella che molti definiscono la quarta età, anche se costellato sempre meno di incidenti e malattie letali. Il segnale di Prometeo sulle morti evitabili va proprio in questa direzione e vuole essere uno stimolo pragmatico ed esplicito ad un maggiore livello di attenzione dei servizi sanitari locali nei confronti di quelle cause che la letteratura scientifica, definendole appunto evitabili, incoraggia a contrastare con interventi attivi.

TAVOLA 1.1.1. Morti per classi di età in Italia [1] – Anni 1994-97

	A. valori assoluti in unità			
	1994	1995	1996	1997
0 - 4 anni	4.111	3.812	3.727	3.555
5 - 69 anni	157.654	154.989	150.675	145.523
70 - 84 anni	247.430	245.038	241.418	241.726
> 84 anni	143.784	150.484	156.508	167.214
Totale	**552.979**	**554.323**	**552.328**	**558.018**
	B. composizione % (totale anno=100)			
	1994	1995	1996	1997
0 - 4 anni	0,7	0,7	0,7	0,6
5 - 69 anni	28,5	28,0	27,3	26,1
70 - 84 anni	44,7	44,2	43,7	43,3
> 84 anni	26,0	27,1	28,3	30,0
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: elaborazione Prometeo 2000 su dati Istat
(1) Numero di morti dei quali risulta nota la provincia di residenza

1.2. La mortalità evitabile in Italia: una innovazione di Prometeo 2000

La classifica 2000 dello stato di salute presenta una rilevante innovazione: il gruppo di lavoro di Prometeo ha ritenuto di estendere l'evitabilità di un quinquennio, sino al limite dei 69 anni.
I motivi di questa scelta sono sicuramente in parte oggettivi e verificabili. È passato oramai un quarto di secolo da quando, nel 1976, Rutstein ed i suoi collaboratori definirono evitabili una serie di cause riferite alla fascia di età 5-64 anni ed i profondi mutamenti demografici accennati in premessa, il diffuso benessere economico e il miglioramento generalizzato degli stili di vita sortiscono l'effetto di far considerare il settantenne di oggi non troppo differente dal sessantacinquenne di allora.
La modifica ha però implicazioni rilevanti dal punto di vista quantitativo, perché implica aumentare di qualcosa come il 50% il numero dei casi sottoposti alla lente di controllo e verifica dell'evitabili-tà. Porta a considerare 90.000 casi al posto di 60.000 nell'Italia del 1994 e 80.000 casi in luogo di 53.000 nell'Italia del 1997 (tavola 1.2.1.). Non comporta tuttavia, e questo appare importante, profondi cambiamenti nell'immagine del Paese che è emersa nella prima edizione di Prometeo – come si vedrà più oltre – e quindi non ne muta il senso del messaggio, quanto piuttosto l'intensità.
Scegliere di innalzare la soglia limite entro la quale considerare "evitabile" la morte significa tuttavia non solo prendere atto passivamente dei profondi muta-

home

menti avvenuti, ma anche contribuire attivamente ad orientare il dibattito a considerare non "naturali" o comunque non "fisiologiche" le morti per causa evitabile fino a 70 anni non compiuti e questo implica andare oltre la neutrale oggettività per entrare nel campo delle politiche sanitarie e delle scelte di priorità, nella zona dove non esiste un confine netto fra bianco e nero ed ogni opzione è comunque qualitativa e presta il fianco a critiche a seconda dei punti di vista adottati.

In questo senso l'iniziativa di Prometeo ha la finalità di dare un contributo anche di ricerca empirica oltre che di riflessione al dibattito culturale in atto, perché tale proposta non rimanga una espressione di parte, per quanto esplicitamente argomentata e sperimentata, ma divenga frutto di discussione e ricerca sino alla formulazione di un valore condiviso che abbia il compito di confortare scelte pragmatiche di politica sanitaria. Questa è peraltro la strada scelta, anche se non ancora concretamente realizzata, di confrontare i risultati delle politiche sanitarie adottate dalle varie regioni italiane a seguito del decentramento sanitario (cfr. art. 9 decreto legislativo n. 56 del 18 febbraio 2000).

TAVOLA 1.2.1. Confronto fra morti evitabili 5-65 anni e 5-69 anni in Italia - Anni 1994-97

	1994[1]	1995	1996	1997
a. Numero casi 5 - 64 anni	**58.834**	56.419	54.296	53.523
b. Numero casi 5 - 69 anni	**88.377**	84.929	82.033	80.693
c. Differenza (morti evitabili 65-69 anni)	**29.543**	28.510	27.737	27.170
d. Incremento % di c. rispetto ad a.	**+50,2**	+50,5	+51,01	+50,8

Fonte: elaborazione Prometeo 2000 su dati Istat

(1) L'introduzione di un nuovo sistema di classificazione automatico delle schede di morte a partire dal 1995 non consente una precisa confrontabilità con il dato 1994; nel capitolo 7 sono discusse le principali differenze intervenute.

1.3. La mortalità evitabile in Italia: ulteriori cambiamenti di carattere tecnico ed una conferma

Altre differenze, più tecniche, distinguono questa edizione rispetto ai dati presentati nell'edizione 1999 di Prometeo. Se ne accenna qui rapidamente rimandando alla sezione materiali e metodi coloro che fossero interessati ai necessari approfondimenti:

– l'Istat ha modificato, migliorandolo ed automatizzandolo, il processo di classificazione delle schede individuali di morte; ciò ha consentito in termini di efficienza di recuperare in una sola edizione di Prometeo ben tre anni nelle informazioni sulla mortalità in Italia (1995, 96 e 97) ma ha introdotto una soluzione di continuità per la non totale confrontabilità con i dati riferiti agli anni precedenti;

– le analisi di mortalità per Usl sono da questa edizione condotte su base triennale; in questo modo dovrebbe essere almeno in parte superata una delle principali fragilità dei risultati presentati con Prometeo 1999 che, limitando l'analisi ad un solo anno per confini territoriali ristretti quali quelli delle Usl italiane, ne rendeva in qualche misura eccessivamente variabili i risultati;

– non è mutata invece rispetto alla scorsa edizione di Prometeo la struttura dei pesi utilizzati per la standardizzazione, riferiti alla popolazione italiana, preferibili ai pesi internazionali utilizzati in altre sezioni del rapporto, riferiti ad una convenzionale popolazione mondiale; la natura dell'indice degli anni di vita persi

per cause evitabili è infatti direttamente legata alla struttura di età della popolazione di riferimento e risulterebbe in parte distorta a causa della rilevante differenza delle due popolazioni, come riportato anche graficamente nella sezione materiali e metodi.
In conclusione, la classifica 2000 dello stato di salute delle Usl italiane si presenta più robusta e stabile, in quanto vi contribuiscono 248 mila casi riferiti al triennio 1995-97 (in luogo dei 59 mila casi del 1994 su cui era fondata l'edizione 1999) oltre che basata su dati migliori e più attuali, grazie alle innovazioni introdotte dall'Istat.

1.4. Il quadro generale della mortalità evitabile in Italia

Prima di abbandonare il livello nazionale alcune osservazioni consentono di apprezzare il quadro generale della situazione (tavola 1.4.1.). Nella nuova accezione di Prometeo che estende sino a 69 anni la soglia dell'evitabilità si sono avuti nel 1995 quasi 85 mila casi di morte dovuti a cause sulle quali la collettività in generale ed i servizi sanitari in particolare possono concretamente adoperarsi per determinarne una flessione. In tre anni questo numero si riduce a poco più di 80 mila unità.
Questa diminuzione, pari al 5%, è chiaramente una positiva evidenza che la mortalità evitabile è stata di fatto contrastata in un caso ogni 20 (gli ulteriori 19 casi restano oggetto concreto di intervento). La gradualità temporale di questo ridimensionamento negli anni rafforza questa impressione.
Dal punto di vista della tipologia dei possibili interventi il miglioramento si presenta abbastanza uniforme (in nessun caso troppo lontano dal 5% medio). Si segnala, semmai, un leggero maggiore successo comparativo delle attività di prevenzione primaria: decrescono al ritmo del 5,2% i decessi contrastabili con interventi di questo tipo riferiti, è opportuno rammentarlo, alla adozione di normative e stili di vita atti a prevenire le malattie (come le campagne anti-fumo o anti-alcool e per una corretta alimentazione) e come vedremo in misura più limitata gli incidenti (domestici, del sabato sera o comunque le morti violente in genere).
Il secondo ed il terzo gruppo di cause evitabili per tipologia di intervento si ridimensionano ancora significativamente ma con una intensità minore, intorno a circa il 4,5%.
Il secondo gruppo concerne gli eventi di morte che possono essere ridotti mediante interventi di diagnosi precoce e terapia (tumori evitabili che colpiscono le donne, come mammella e utero, entrambi i generi, come la malattia di Hodgkin, o solo gli uomini, come il tumore del testicolo, la cui mortalità può essere significativamente ridotta con una terapia precoce ed adeguata. Il terzo gruppo fa riferimento alle morti evitabili (per essere più precisi comprimibili) con misure di igiene (comprese soprattutto le vaccinazioni) e con una buona organizzazione sanitaria come ad esempio la velocità di intervento in caso di cardiopatie o all'estremo opposto le misure che contrastano gli effetti di quella che comunemente viene definita in Italia come malasanità. Va riconosciuto tuttavia che questi due ultimi gruppi di cause evitabili hanno il vantaggio di realizzare risultati più lusinghieri del primo in termini di dimensione di popolazione bersaglio che si attesta nel 1997 a meno di 10 mila casi per il gruppo riferito a diagnosi precoce e terapia ed a poco più di 25 mila casi che riguardano igiene e assistenza sanitaria contro gli oltre 45 mila casi contrastabili con interventi di prevenzione primaria.

home

Più differenziato risulta l'andamento delle morti evitabili dal 1995 al 1997 se l'analisi viene condotta per causa clinica di morte, già nella prima edizione di Prometeo distinta in quattro voci: tumori, malattie legate al sistema cardiocircolatorio, traumatismi ed avvelenamenti ed altre cause residuali non comprese fra le precedenti. Come è agevole osservare sono diminuiti dal 1995 al 1997 di ben 2.400 i casi letali di malattie legate al sistema cardiocircolatorio (- 8,2%) e di quasi 2.000 casi il numero di eventi morte legati a tumori (- 5,4%). Di contro si segnala una quasi stabilità dei traumatismi e avvelenamenti (- 2,0%) ed un significativo incremento delle morti per cause residuali, riferito tuttavia ad un numero di casi limitato, poco più di 5 mila rispetto agli 80 mila complessivamente classificati come evitabili (+ 7,4%).

TAVOLA 1.4.1. Morti evitabili 5-69 anni in Italia [1] Anni 1995-97.
Valori assoluti e variazioni percentuali

	A. VALORI ASSOLUTI IN UNITÀ		
	1995	1996	1997
Analisi per tipologia di intervento			
Prevenzione primaria	49.167	47.555	46.596
Diagnosi precoce e terapia	8.631	8.453	8.248
Igiene e assistenza sanitaria	27.131	26.025	25.849
Totale	**84.929**	**82.033**	**80.693**
Analisi per causa di morte			
Tumori	36.246	35.346	34.300
Sistema cardiocircolatorio	29.294	28.040	26.898
Traumatismi e avvelenamenti	14.205	13.742	13.925
Altre cause	5.184	4.905	5.570
Totale	**84.929**	**82.033**	**80.693**

	B. VARIAZIONI PERCENTUALI		
	1996/95	1997/96	1997/95
Analisi per tipologia di intervento			
Prevenzione primaria	-3,3	-2,0	-5,2
Diagnosi precoce e terapia	-2,1	-2,4	-4,4
Igiene e assistenza sanitaria	-4,1	-0,7	-4,7
Totale	**-3,4**	**-1,6**	**-5,0**
Analisi per causa di morte			
Tumori	-2,5	-3,0	-5,4
Sistema cardiocircolatorio	-4,3	-4,1	-8,2
Traumatismi e avvelenamenti	-3,3	1,3	-2,0
Altre cause	-5,4	13,6	7,4
Totale	**-3,4**	**-1,6**	**-5,0**

Fonte: elaborazione Prometeo 2000 su dati Istat

(1) Numero di morti dei quali risulta nota la provincia di residenza

1.5. Come è costruita la classifica di Prometeo

Come per l'edizione di Prometeo 1999, la classifica sullo stato di salute per Usl è costruita misurando quanti anni di vita sono effettivamente andati perduti per cause di morti evitabili rispetto al potenziale della popolazione di riferimento:
- sia gli anni persi che quelli potenziali sono misurati sulla base di una età con-

venzionalmente posta uguale all'età media alla morte di tutta la popolazione italiana nel triennio 1995-97, pari a 74 anni e nove mesi;
- gli anni di vita persi per cause evitabili sono per ciascun evento morte di questa categoria gli anni che separano l'età effettiva di morte da quella convenzionalmente ipotizzata come normale (es. morire a 50 anni vuol dire perdere poco meno di 25 anni rispetto a quanto accaduto in media alla popolazione italiana);
- il potenziale della popolazione di riferimento è la distanza dell'età di ciascun residente in vita dalla medesima età media alla morte (es. avere 25 anni vuol dire avere un potenziale medio di vita di 50 anni).

È importante tenere presente un aspetto: due popolazioni con strutture di età differenti, ad esempio la Campania e la Liguria, non sono confrontabili senza un opportuno processo di standardizzazione in quanto la Campania, data la sua popolazione relativamente più giovane, verrebbe a presentare un potenziale di anni di vita significativamente più elevato della Liguria a fronte di una distribuzione per età dei casi di morte evitabile non necessariamente proporzionale. L'indicatore costituito su questa base sarebbe quindi diverso non per effetto di migliori risultati nella lotta alle morti evitabili ma semplicemente per l'effetto di una diversa composizione delle fasce di età dei vivi come dei morti.

Per questo motivo i dati di ciascuna micro area del Paese sono stati standardizzati sia con riferimento ai morti che con riferimento al potenziale di vita, in modo da consentire un confronto a parità di struttura della popolazione e quindi indipendente da questa.

Il percorso di calcolo per la costruzione della classifica con i dati utilizzati per ciascuna Usl italiana è riportato in appendice. Vale qui solo la pena di ricordare nuovamente che la scelta di considerare evitabili le morti fino a 69 anni di età in luogo dei 64 della precedente edizione di Prometeo eleva questo numero, perché si incrementa il numero dei morti evitabili presi in considerazione, ciascuno con il proprio fardello di anni di vita persi, laddove il potenziale di anni espresso dalla popolazione in vita rimane invariato: aumenta quindi il numeratore del rapporto e rimane fermo il denominatore.

La tavola 1.5.1. riporta un confronto fra il dato medio nazionale della classifica 1999 e della classifica 2000, entrambi elaborati utilizzando la definizione di evitabilità 5-64 anni e quella 5-69 anni.

Pur con qualche attenzione interpretativa dovuta al cambiamento di codifica da parte dell'Istat, lo schema conferma la direzione di miglioramento già osservata con riferimento al numero assoluto di morti evitabili.

TAVOLA 1.5.1. Anni perduti per cause evitabili in Italia nel 1994 e nel 1995/97: due edizioni di Prometeo a confronto

	Valori medi per 100.000 potenziali		
	1994	1995-97	differenza
A. Metodologia Prometeo 1999 (morti evitabili 5 - 64 anni)	66,2	63,6	2,6
B. Metodologia Prometeo 2000 (morti evitabili 5 - 69 anni)	76,5	73,9	2,6

Fonte: elaborazione Prometeo 2000 su dati Istat

Nota: il valore 1994 della riga "A" ed il valore 1995-97 della riga "B" costituiscono i valori concretamente usati nelle due edizioni di Prometeo. I rimanenti due valori sono elaboratia solo fine di confronto fra le due edizioni.

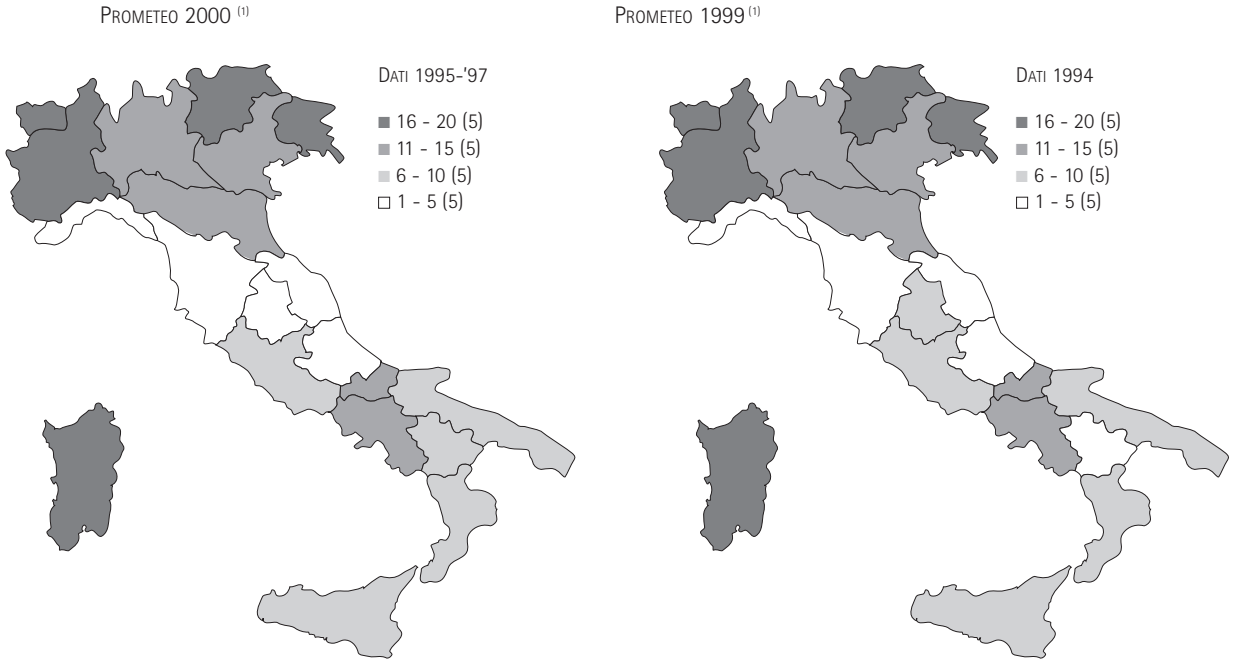
home

1.6. Il quadro regionale e provinciale della mortalità evitabile in Italia

Come accennato nel paragrafo precedente, sono intervenute rilevanti modifiche rispetto alla precedente edizione di Prometeo. La possibilità di introdurre cambiamenti migliorativi approfittando dalla soluzione di continuità determinata nella codifica dei dati da parte dell'Istat se da un lato allontana una matematica operazione di confronto con i risultati emersi nell'edizione 1999 di Prometeo, dall'altro non appare però modificare ed anzi rafforza l'immagine del Paese emersa in quell'indagine.
Con le opportune cautele è utile porre a confronto le evidenze dell'edizione di Prometeo pubblicata nel 1999 e la presente, tenendo ben conto che la differenza di risultato nelle indagini può essere determinata tanto dal cambiamento di metodologia quanto dai cambiamenti effettivamente intervenuti nei quattro anni considerati. Il grafico 1.6.1. affianca i risultati delle due indagini a livello regionale e il grafico 1.6.2. a livello provinciale in termini di posizione relativa delle diverse aree del Paese. In entrambi i casi sono usati 4 toni di grigio.
Dal punto di vista regionale ciascun tono di grigio è riferito a cinque regioni: le cinque regioni bianche sono quelle migliori, cioè quelle con il numero standardizzato di anni di vita persi per cause evitabili ogni 100 mila potenziali più basso; i toni di grigio divengono più scuri man mano che la situazione peggiora. La somiglianza delle due cartine è impressionante. Solo 2 regioni su 20 cambiano tonalità nelle due edizioni (Umbria e Basilicata) e comunque a favore di una distribuzione più omogenea della ricerca di quest'anno per effetto quasi sicuramente della media triennale, che tende a stabilizzare e mediare punte erratiche avvenute in uno specifico anno: il centro vede il passaggio all'area bianca di eccellenza dell'Umbria e realizza così una fascia uniforme dall'Abruzzo alla Toscana (che prosegue idealmente alla confinante Liguria); il sud si stabilizza per la gradazione più scura della Basilicata ed infine rimangono invariati il nord e le due isole maggiori.
Anche dal punto di vista provinciale il grafico 1.6.2. conferma una forte impressione di somiglianza fra le due indagini, anche se necessariamente più frastagliata. Delle 103 province solo 30 cambiano tonalità di grigio e fra queste solo 4 fanno un salto di due toni: Lodi, Trieste e Reggio nell'Emilia in negativo, ed Enna, in mezzo alla Sicilia, in positivo. Di nuovo la cartina di sinistra, riferita all'edizione 2000 ed elaborata su base triennale, si presenta più uniforme sia nei 4 casi più vistosi appena citati che in altre aree del Paese, come la costiera tirrenica, quella adriatica e la valle Padana. Risulta in conclusione confermata e per alcuni versi meglio specificata l'immagine del Paese emersa dalla ricerca di un anno fa:
– il nord trova nell'edizione 2000 ben 23 delle sue 46 province nella gradazione più scura e unicamente due (Genova e La Spezia) in quella più chiara;
– il centro al contrario presenta 12 province su 21 in situazione di eccellenza, nessuna nella gradazione più scura ed una unica provincia al confine tra Liguria ed Emilia, Massa Carrara, nel tono di grigio immediatamente successivo;
– il sud trova in Caserta l'area più problematica seguita, nella penultima gradazione e in ordine puramente geografico, da Campobasso, Napoli, Taranto e Reggio Calabria; 10 delle sue 23 province sono in ogni caso bianche;
– le isole maggiori, ad eccezione di Trapani e Messina, ad un estremo, e Nuoro, all'altro, presentano 10 province equamente ripartite nelle due classi intermedie.

home

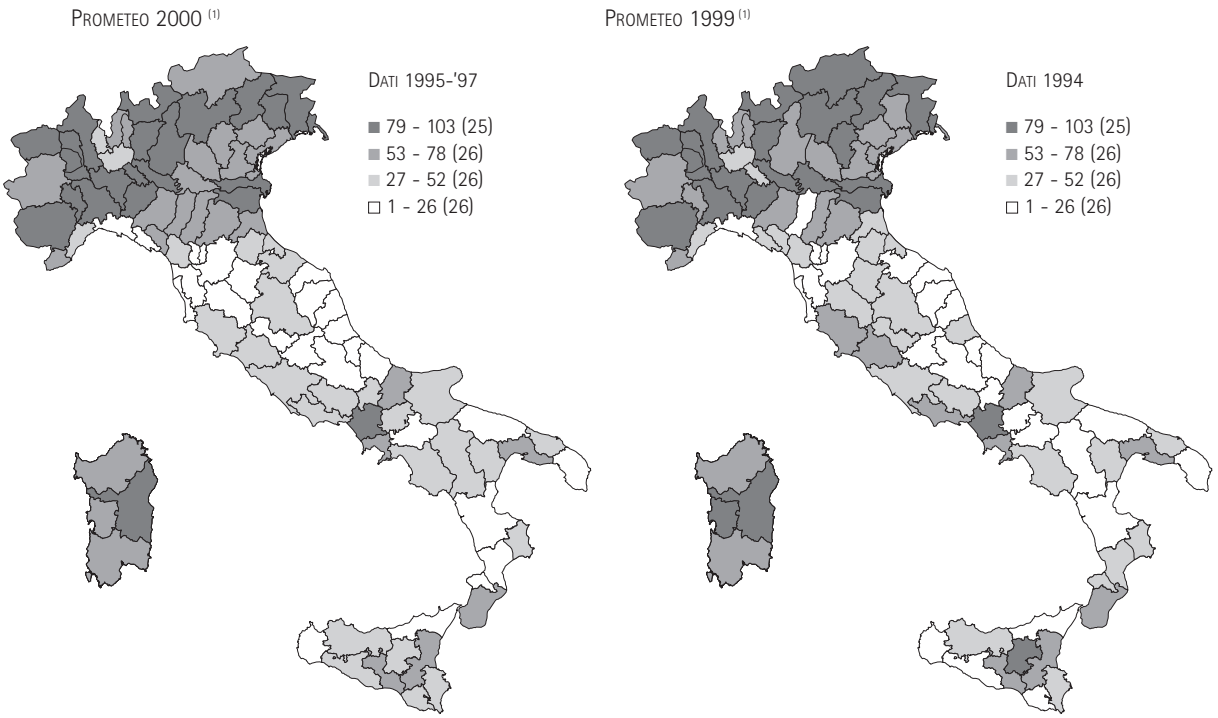
GRAFICO 1.6.1. Le classifiche regionali dell'edizione 2000 e 1999 di Prometeo: un confronto per posizione



Fonte: elaborazione Prometeo 2000 su dati Istat

(1) Dati 1995-97, codifica automatica, morti 5-69 anni
(2) Dati 1994, codifica manuale, morti 5-64 anni

GRAFICO 1.6.2. Le classifiche provinciali dell'edizione 2000 e 1999 di Prometeo: un confronto per posizione



Fonte: elaborazione Prometeo 2000 su dati Istat

(1) Dati 1995-97, codifica automatica, morti 5-69 anni
(2) Dati 1994, codifica manuale, morti 5-64 anni

home

1.7. Alcune considerazioni di mezzo cammino

Che conclusioni trarre da questa prima perlustrazione per grandi gruppi provinciali e regionali nella classifica 2000 dello stato di salute di Prometeo? Sostanzialmente tre:
– in primo luogo che la strada di analisi sembra robusta e corretta, tanto da reggere dignitosamente alle modifiche metodologiche intervenute;
– in secondo luogo che proprio questa robustezza rafforza il messaggio della necessità di livelli di attenzione differenziati nelle diverse aree del Paese;
– in terzo luogo che l'evidenza epidemiologica del livello provinciale suggerisce con sufficiente nitidezza come siano aree specifiche, dal bacino del Po alla provincia di Caserta a quella di Nuoro, per citare le evidenze più immediate, mediamente a maggiore rischio di morti per cause evitabili.
Quale conclusione invece non trarre da quanto sopra discusso, perché non supportata con sufficiente chiarezza dai dati? Non è possibile affermare con certezza che il nord sia peggiorato o il centro migliorato. È corretto valutare che i morti evitabili sono molto diminuiti dal 1995 al 1997, perché questo confronto è operato su dati annuali e omogenei, e che il positivo trend osservato tra il 1995 e il 1997 può essere ragionevolmente ipotizzato anche a partire dal 1994. Ma la differenza nella classificazione Istat e il fatto di consolidare tre anni, mediando valori magari eccentrici su un singolo anno non permettono in questo senso ulteriori affermazioni oggettivamente fondate.

1.8. La classifica 2000: un percorso semplificato di lettura

"... il nord occupa solo 34 posti fra le prime 100 posizioni (quindi una su tre), 66 tra le posizioni da 101 a 200 (due su tre) e 14 delle ultime 15 (oltre il 90%) con una progressione piuttosto evidente ..." (Prometeo ed. 1999, pag. 35)
In queste poche parole era efficacemente sintetizzato, lo scorso anno, il livello di lettura generale della classifica 1999. La stessa chiave di lettura, solo un po' più affinata, permette di avvicinarsi alla nuova classifica e al contempo non esasperare eccessivamente le singole posizioni: le 215 Usl italiane sono state schematicamente suddivise in classi di anni di vita perduti per cause evitabili ogni 100.000

TAVOLA 1.8.1 La classifica 2000: distribuzione geografica delle Usl per classe di anni di vita persi(1)
Numerosità assoluta

	Nord	Centro	Sud	Isole	Italia
a. eccellenza (< 60)	1	5	6	-	12
b. attenzione medio bassa (60 - 69)	8	21	27	4	60
c. aurea mediocritas (70 - 89)	81	12	18	13	124
d. attenzione medio alta (90 - 99)	15	-	-	-	15
e. criticità (> 100)	4	-	-	-	4
Totale	**109**	**38**	**51**	**17**	**215**

Fonte: elaborazione Prometeo 2000
(1) classi di anni di vita persi per cause evitabili ogni 100.000 potenziali.

potenziali: classe a. di *eccellenza* (meno di 60 anni persi ogni 100 mila potenziali), classe b. di *attenzione medio bassa* (tra 60 e 69 anni); classe c. di *"aurea mediocritas"* (tra 70 e 89 anni); classe d. di *attenzione medio-alta* (90-99 anni); classe e. di *criticità* (100 anni e più). Si noti che la classe centrale ha dimensione doppia delle classi contigue per la scelta di segnalare una ampia fascia di nor-

malità e concentrare l'interesse sui restanti casi, seguendo la medesima filosofia utilizzata dal modello di indicatori MESS riportato nel CD allegato al volume.
Questa etichettatura consente di rintracciare alcune evidenze di carattere generale (tavola 1.8.1.):
– il nord del Paese ha solo una Usl di classe a. (la Genovese, all'undicesimo posto) ma copre rigorosamente tutte le 4 Usl della classe e. (Savigliano, in Piemonte, Breno in Lombardia, Feltre in Veneto e Altro Friuli nell'omonima regione) e le 15 Usl della classe d. di attenzione medio-alta); 81 delle restanti 89 Usl si collocano nell'area di "aurea mediocritas";
– il centro rappresenta 5 delle 12 Usl dell'area di eccellenza e trova il proprio baricentro nella classe b., dove raccoglie 21 delle proprie 38 Usl;
– il sud supera per una Usl il centro nella classe a., ma è anche composto da un numero maggiore di Usl, 51 contro 38; in effetti somiglia al centro nella loro distribuzione, perché ha circa una Usl ogni 10 in classe a., appena più della metà in classe b. e una Usl su tre in classe c.;
– le due isole maggiori evitano le punte estreme e vedono in classe b. 4 Usl e in classe c.13.

1.9. La classifica 2000: cause strutturali o contingenti

È un caso che Prato, prima l'anno passato, rimanga comunque fra le prime posizioni e che Usl come Alto Friuli, Breno o Aosta risultino nelle due edizioni ancora saldamente ancorate alle ultime posizioni? E come si concilia questa osservazione con Usl che in casi limite cambiano molto la propria posizione in classifica?
In parte il motivo è intuibile consultando la nuova classifica: nella fascia 60-69 anni della classifica si raccolgono 60 Usl e 124 nella fascia centrale, mentre se ne contano solo 15 tra 90 e 99 anni e appena 4 tra 100 e 116. Nelle sezioni più centrali e affollate della classifica sono dunque sufficienti modeste modifiche relative per cambiare molte posizioni.
Ma va soprattutto considerato che la classifica è passata da una base annuale e con il limite dei 65 anni (Prometeo 1999) ad una base triennale estesa sino all'età di 69 anni, portando da meno di 60 a quasi 250 mila gli eventi di morte sottoposti ad analisi.
La ristrettezza temporale (un solo anno) unita a quella geografica (la singola Usl) possono aver dato luogo ad oscillazioni evidenti, oscillazioni che dovrebbero tendere a stabilizzarsi per effetto della nuova metodologia adottata, lasciando emergere con maggiore chiarezza, da un confronto omogeneo che si avvertirà unicamente a partire dalle prossime edizioni di Prometeo, le componenti strutturali (che già in questa edizione si notano a livello territoriale più aggregato) rispetto a quelle più erratiche ed accidentali.

1.10. La classifica 2000: un percorso stilizzato di lettura

La disaggregazione per singola Usl è infatti ulteriormente dettagliata rispetto a quella provinciale riportata nel grafico 1.6.2., perché il numero di unità di osservazione più che raddoppia, passando da 103 (le province) a 215 (gli ambiti territoriali delle Usl nella loro definizione al 1997). Di conseguenza, mano a mano che dalla foresta si passa ad esaminare il singolo albero e poi il singolo ramo,

cambia il punto di vista e l'orizzonte esaminato e divengono maggiormente importanti quelle chiavi di lettura che possono agevolare questo livello di analisi, qui di seguito annotate secondo un percorso logico stilizzato.

a. Punto necessario di partenza è il posizionamento in termini geografici e di specifica posizione della classifica. I paragrafi 1.6, 1.7 ed 1.8 precedenti ed i grafici 1.6.1. e 1.6.2. e la tavola 1.8.1. sono disegnati per rispondere a questo scopo e hanno la finalità di destare, se del caso, opportuni livelli di attenzione nelle autorità di governo sanitario sia regionali che locali (effetto notizia).

b. Qualora il livello di attenzione segnali la necessità di specifici approfondimenti, il passo successivo è la scomposizione del problema nei suoi dati di base, perché la posizione in classifica potrebbe essere determinata da livelli significativamente diversi dalla norma dell'incidenza dei tumori classificati come evitabili, dal livello dei problemi letali legati al sistema cardiocircolatorio, infarto in testa, o ancora da incidenti e traumatismi in genere, o anche da tutte e tre le cause citate, legate magari a indicazioni sentinella sull'età media alla morte. In questo senso i paragrafi da 1.2 a 1.5 unitamente alla tavola della classifica, alla tavola relativa al percorso di calcolo riportata in appendice ed alcune tavole contenute nel CD allegato sono allo stesso tempo un modo trasparente per verificare la metodologia applicata ed una indicazione comparativa anche a questo livello di dettaglio.

c. Un ulteriore livello di approfondimento, forse il più cruciale e delicato in termini di politica sanitaria, riguarda la valutazione se si tratti di una evidenza estemporanea dovuta ad un concatenarsi fortuito di eventi (favorevoli o sfavorevoli), oppure di un fenomeno più radicato e strutturale. Rispetto a questo specifico problema, come si è avuto modo di accennare nel paragrafo precedente sono aggi necessari approfondimenti ad hoc a livello locale, mentre Prometeo potrà essere di ausilio solo a partire dalle prossime edizioni.

d. Il successivo livello di approfondimento è costituito, sempre in termini stilizzati, dall'individuazione dell'ambito di intervento. Si tratta di problemi il cui strumento è quello di una migliore programmazione della prevenzione primaria, che necessita di politiche e tempi non brevi per incidere sugli stili di vita e raccogliere oggettivamente i primi risultati? Oppure debbono essere potenziati i servizi di diagnosi precoce e terapia? O forse il punto dolente sono le morti contrastabili con misure di igiene (es. vaccinazioni) o con una migliore organizzazione sanitaria (velocità di intervento, qualità dei servizi)? L'analisi per gruppi di cause evitabili esposta in Prometeo vuole suggerire una prima esplorazione in questa direzione.

e. Il momento ancora successivo è la programmazione di concrete misure di intervento corredate dalle necessarie procedure di verifica e monitoraggio.

Se la pubblicazione dei risultati della ricerca sugli anni di vita persi per cause evitabili porterà a percorrere le fasi sopra sommariamente indicate, dall'effetto notizia alla concreta adozione di misure correttive ed alla valutazione del relativo impatto, vorrà dire che l'iniziativa della ricerca di portare analisi di carattere epidemiologico metodologicamente fondate al servizio delle singole regioni ed Usl va nella giusta direzione.

home

Classifica dello stato di salute in Italia: anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali – 1995/1997

				Analisi paer 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	Avellino / 1 [Ariano Irpino; Mirabella Eclano; Grottaminarda]	CAM	55,3	32,4	5,0	18,0	19,7	18,8	11,6	5,2
2	Alto Molise [Agnone; Carovilli; Capracotta]	MOL	56,2	35,0	3,9	17,3	20,8	17,5	10,3	7,7
3	Bari / 5 [Monopoli; Putignano; Gioia del Colle]	PUG	57,4	36,5	6,1	14,8	19,3	14,6	19,0	4,5
4	Prato [Prato; Montemurlo; Carmignano]	TOS	58,1	36,1	6,7	15,3	22,6	14,7	17,2	3,6
5	Empoli [Empoli; S. Miniato; Fucecchio]	TOS	58,3	38,4	5,7	14,1	23,8	13,8	18,4	2,3
6	Lanciano / Vasto [Lanciano; Vasto; S. Salvo]	ABR	58,5	34,8	5,5	18,3	18,0	19,1	17,5	3,9
7	Macerata [Macerata; Tolentino; Corridonia]	MAR	58,9	37,7	7,1	14,0	19,0	13,5	23,0	3,4
8	Firenze [Firenze; Scandicci; Sesto Fiorentino]	TOS	58,9	37,1	6,5	15,3	22,6	14,6	18,4	3,3
9	S. Benedetto d/T [S. Benedetto d/T; Grottammare; Monteprandone]	MAR	59,3	37,1	6,4	15,8	16,0	16,1	22,7	4,5
10	Chieti [Chieti; Francavilla al Mare; Ortona]	ABR	59,5	36,2	5,4	18,0	22,6	16,6	16,7	3,7
11	Genovese [Genova; Arenzano; Recco]	LIG	59,6	35,9	7,7	16,1	26,2	15,3	13,3	4,8
12	Cosenza [Cosenza; Rende; Acri]	CAL	59,8	34,6	7,2	18,0	20,6	17,8	16,3	5,1
13	Terni [Terni; Narni; Amelia]	UMB	60,8	36,7	7,0	17,1	23,5	17,5	17,5	2,3
14	Avezzano / Sulmona [Avezzano; Sulmona; Celano]	ABR	60,9	37,8	5,8	17,3	20,6	16,5	19,0	4,9
15	Ancona [Ancona; Osimo; Falconara Marittima]	MAR	61,2	38,8	8,1	14,3	22,5	12,9	22,3	3,5
16	Siena [Siena; Poggibonsi; Colle di Val d'Elsa]	TOS	61,5	38,9	7,4	15,2	21,3	16,6	20,9	2,7
17	Jesi [Jesi; Cingoli; Filottrano]	MAR	61,5	38,3	7,9	15,4	24,4	16,4	17,8	3,0
18	Fermo [Fermo; Porto Sant'Elpidio; Porto S. Giorgio]	MAR	62,0	39,3	6,4	16,3	20,6	17,6	21,2	2,7
19	Castrovillari [Castrovillari; Roggiano Gravina; S. Marco Argentano]	CAL	62,1	36,3	5,3	20,5	16,8	22,5	16,6	6,2
20	Rossano [Corigliano Calabro; Rossano; Cassano allo Ionio]	CAL	62,9	38,2	5,1	19,6	19,1	21,4	18,5	3,9
21	Vibo Valentia [Vibo Valentia; Pizzo; Mileto]	CAL	62,9	40,2	5,7	17,1	18,5	18,9	21,2	4,4
22	Arezzo [Arezzo; Cortona; Montevarchi]	TOS	63,1	41,2	6,4	15,5	21,6	17,0	21,5	3,0
23	Fano [Fano; Mondolfo; Fossombrone]	MAR	63,4	41,0	7,0	15,3	21,0	14,1	24,0	4,2
24	Catanzaro [Catanzaro; Soverato; Chiaravalle Centrale]	CAL	63,7	38,1	4,7	20,9	19,0	22,3	17,5	4,8
25	Chiavarese [Rapallo; Chiavari; Sestri Levante]	LIG	63,9	37,3	7,9	18,7	24,5	22,1	13,7	3,7
26	Messina [Messina; Barcellona Pozzo di Gotto; Milazzo]	SIC	64,0	37,5	7,1	19,3	21,9	21,0	16,4	4,7
27	Civitanova Marche [Civitanova Marche; Recanati; Potenza Picena]	MAR	64,0	42,9	5,2	15,9	22,1	14,8	24,3	2,8
28	Avellino / 2 [Avellino; Atripalda; Solofra]	CAM	64,2	35,2	4,7	24,2	22,2	24,4	12,7	4,9
29	Salerno / 2 [Salerno; Cava de' Tirreni; Battipaglia]	CAM	64,4	37,2	6,5	20,7	22,8	22,4	15,0	4,1
30	Lecce / 2 [Gallipoli; Casarano; Tricase]	PUG	64,4	41,1	6,9	16,4	24,9	15,6	18,4	5,6
31	Trapani [Marsala; Trapani; Mazara del Vallo]	SIC	64,7	38,9	7,2	18,6	23,4	19,7	18,2	3,5
32	Spezzino [La Spezia; Sarzana; Lerici]	LIG	64,7	38,2	8,3	18,2	26,3	16,7	17,9	3,8
33	Teramo [Teramo; Giulianova; Roseto degli Abruzzi]	ABR	64,8	40,7	5,4	18,6	19,7	17,6	22,8	4,7
34	Foggia / 2 [Manfredonia; Cerignola; Orta Nova]	PUG	64,9	40,1	7,4	17,4	23,5	16,8	21,0	3,6
35	Salerno / 3 [Capaccio; Agropoli; Sala Consilina]	CAM	65,2	36,7	5,7	22,7	21,7	20,9	16,7	5,8
36	Rieti [Rieti; Fara in Sabina; Cittaducale]	LAZ	65,3	40,0	6,2	19,1	20,6	21,9	20,2	2,5
37	Bari / 3 [Altamura; Gravina in Puglia; Santeramo in Colle]	PUG	65,3	42,2	7,6	15,4	21,9	14,3	25,4	3,8
38	Pesaro [Pesaro; Novafeltria; Sant'Angelo in Lizzola]	MAR	65,4	44,3	5,6	15,4	24,3	15,0	22,6	3,5
39	Camerino [S. Severino Marche; Matelica; Camerino]	MAR	65,5	43,3	8,9	13,3	21,1	13,9	29,3	1,2
40	Livorno [Livorno; Piombino; Rosignano Marittimo]	TOS	65,5	41,0	6,5	17,9	23,5	17,1	20,5	4,5
41	Bari / 2 [Barletta; Molfetta; Trani]	PUG	65,6	38,6	7,9	19,1	23,9	17,4	19,9	4,3
42	Lamezia Terme [Lamezia Terme; Curinga; Nocera Tirinese]	CAL	65,6	41,0	6,3	18,3	22,0	17,1	19,0	7,5
43	L'Aquila [L'Aquila; Tornimparte; Montereale]	ABR	65,7	38,3	6,7	20,8	18,7	16,5	23,3	7,2
44	Lecce / 1 [Lecce; Nardò; Galatina]	PUG	65,8	41,4	6,3	18,1	22,9	17,5	20,6	4,8
45	Bari / 4 [Bari; Bitonto; Modugno]	PUG	65,9	40,1	7,6	18,3	23,8	16,7	21,5	4,0
46	Pescara [Pescara; Montesilvano; Spoltore]	ABR	65,9	40,8	7,3	17,8	21,7	19,2	21,3	3,7
47	Pisa [Pisa; Cascina; S. Giuliano Terme]	TOS	65,9	42,3	6,9	16,7	25,7	16,9	19,5	3,9
48	Perugia [Perugia; Assisi; Bastia]	UMB	66,3	39,3	7,0	20,0	23,8	19,9	20,2	2,5
49	Paola [Paola; Amantea; Cetraro]	CAL	66,4	41,2	7,0	18,2	23,0	18,8	18,7	5,8
50	Agrigento [Agrigento; Licata; Sciacca]	SIC	66,7	40,4	8,1	18,2	24,4	18,5	19,2	4,6
51	Roma / H [Velletri; Pomezia; Anzio]	LAZ	66,7	42,0	6,7	18,0	24,2	18,6	20,3	3,6
52	Pistoia [Pistoia; Quarrata; Montecatini-Terme]	TOS	66,9	44,3	5,6	17,0	26,8	17,6	19,6	2,9
53	Benevento [Benevento; Montesarchio; Sant'Agata de' Goti]	CAM	67,1	40,0	5,9	21,2	21,4	22,9	17,8	5,0
54	Frosinone [Frosinone; Cassino; Sora]	LAZ	67,2	40,9	5,9	20,3	22,2	20,6	20,0	4,4
55	Matera [Matera; Bernalda; Montescaglioso]	BAS	67,2	41,7	5,4	20,1	21,3	20,4	22,7	2,9
56	Potenza [Potenza; Avigliano; Sant'Arcangelo]	BAS	67,2	41,5	5,1	20,7	20,1	21,2	19,4	6,5
57	Chieri [Moncalieri; Nichelino; Chieri]	PIE	67,6	44,2	7,0	16,3	24,0	17,0	23,5	3,1
58	Venosa [Melfi; Lavello; Rionero in Vulture]	BAS	67,9	39,7	8,4	19,8	20,7	21,0	20,2	5,9
59	Reggio Calabria [Reggio d/C.; Villa S. Giovanni; Bagnara Calabra]	CAL	67,9	39,7	7,3	20,9	22,7	20,0	21,1	4,1
60	Orvieto [Orvieto; Castel Viscardo; Fabro]	UMB	69,0	37,8	4,7	26,6	24,0	25,1	15,7	4,2
61	Bologna [Bologna]	EMR	69,0	43,6	7,9	17,5	24,0	18,4	22,9	3,8
62	Brindisi [Brindisi; Fasano; Francavilla Fontana]	PUG	69,2	42,0	8,6	18,6	25,7	18,1	21,1	4,2
63	Latina [Latina; Aprilia; Terracina]	LAZ	69,2	43,4	7,2	18,6	23,0	18,8	24,1	3,3
64	Desio [Seregno; Desio; Cesano Maderno]	LOM	69,4	41,7	7,6	20,1	28,8	20,9	16,6	3,1
65	Adria [Adria; Porto Viro; Porto Tolle]	VEN	69,4	50,2	3,7	15,6	21,8	17,6	25,0	5,1
66	Bari / 1 [Andria; Corato; Canosa di Puglia]	PUG	69,5	42,4	9,4	17,8	26,5	17,5	21,4	4,1
67	Pentria [Isernia; Venafro; Frosolone]	MOL	69,6	40,2	8,9	20,6	21,2	23,8	21,0	3,6
68	Cagliari [Cagliari; Quartu Sant'Elena; Selargius]	SAR	69,7	43,0	8,9	17,7	27,8	15,7	21,0	5,2
69	Viterbo [Viterbo; Civita Castellana; Tarquinia]	LAZ	69,8	41,9	7,4	20,6	25,6	20,1	20,4	3,6
70	Rimini [Rimini; Riccione; Santarcangelo di Romagna]	EMR	69,8	44,5	7,7	17,6	25,3	15,7	24,5	4,4
71	Foligno [Foligno; Spoleto; Gualdo Tadino]	UMB	69,9	46,3	7,3	16,3	22,6	16,9	27,6	2,8
72	Busto Arsizio [Busto Arsizio; Tradate; Castellanza]	LOM	69,9	41,4	9,2	19,3	29,2	16,7	19,5	4,5
73	Ragusa [Ragusa; Vittoria; Modica]	SIC	70,0	41,3	9,0	19,7	23,8	21,1	21,2	3,9
74	Roma / G [Guidonia Montecelio; Tivoli; Mentana]	LAZ	70,2	42,3	7,4	20,5	24,6	21,5	20,9	3,1

segue - Classifica dello stato di salute in Italia

Rango	Azienda Usl	Reg	Totale	Analisi per causa evitabile: Prev. primaria	Diagn. pr.e ter.	Igiene e ass. san.	Analisi per causa di morte: Tumori	Sist. cardioc.	Traumat. e avvel.	Altre cause
75	Saronno [Saronno; Solaro; Caronno Pertusella]	LOM	70,2	42,6	9,1	18,6	29,1	16,2	20,4	4,6
76	Grosseto [Grosseto; Follonica; Orbetello]	TOS	70,6	46,7	6,6	17,4	22,6	18,9	25,8	3,3
77	Roma (AM) [Roma; Fiumicino]	LAZ	70,7	41,6	8,3	20,8	27,7	20,4	18,6	4,0
78	Monza [Monza; Lissone; Brugherio]	LOM	71,0	44,4	8,4	18,2	28,9	18,1	20,6	3,4
79	Venezia - Mestre [Venezia; Marcon; Quarto d'Altino]	VEN	71,0	49,3	8,3	13,5	32,3	15,3	20,5	2,8
80	Roma / F [Civitavecchia; Cerveteri; Ladispoli]	LAZ	71,0	45,0	6,2	19,9	24,5	18,7	24,4	3,4
81	Forlì [Forlì; Forlimpopoli; Meldola]	EMR	71,1	48,7	6,7	15,7	22,1	18,0	28,3	2,7
82	Savonese [Savona; Albenga; Varazze]	LIG	71,1	45,2	7,1	18,9	23,8	19,3	22,9	5,1
83	Lucca [Lucca; Capannori; Altopascio]	TOS	71,4	47,0	7,5	16,9	28,9	17,3	21,5	3,6
84	Siracusa [Siracusa; Augusta; Avola]	SIC	71,5	42,5	6,6	22,4	24,1	23,8	19,5	4,1
85	Napoli / 2 [Giugliano in Campania; Pozzuoli; Marano di Napoli]	CAM	71,5	39,9	7,3	24,3	32,2	24,3	10,6	4,4
86	Torino (AM) [Torino]	PIE	71,6	43,9	8,7	19,0	27,1	18,7	20,8	5,0
87	Foggia / 1 [S. Severo; S. Giovanni Rotondo; Sannicandro Garganico]	PUG	71,7	43,6	9,1	18,9	26,1	19,0	21,6	5,0
88	Napoli / 5 [Torre del Greco; Castellammare di Stabia; Portici]	CAM	71,9	40,9	8,2	22,8	29,9	24,3	13,8	3,9
89	Cernusco [Segrate; Pioltello; Cernusco sul Naviglio]	LOM	72,0	46,0	7,6	18,4	29,9	19,6	19,5	2,9
90	Palermo [Palermo; Bagheria; Monreale]	SIC	72,1	42,1	8,0	21,9	28,5	22,1	17,1	4,4
91	Gallarate [Gallarate; Cassano Magnago; Somma Lombardo]	LOM	72,1	45,4	7,5	19,1	26,6	19,9	20,9	4,6
92	Crotone [Crotone; S. Giovanni in Fiore; Cirò Marina]	CAL	72,1	44,8	5,6	21,7	19,9	22,6	24,1	5,5
93	Città di Castello [Città di Castello; Gubbio; Umbertide]	UMB	72,3	44,1	6,0	22,2	21,6	23,4	24,0	3,3
94	Verona [Verona; S. Bonifacio; S. Martino Buon Albergo]	VEN	72,3	50,5	7,1	14,7	27,2	15,3	26,5	3,4
95	Cesena [Cesena; Cesenatico; Savignano sul Rubicone]	EMR	72,4	50,6	7,0	14,7	22,8	17,4	29,2	3,0
96	Lagonegro [Lauria; Senise; Lagonegro]	BAS	72,4	45,8	4,9	21,7	17,9	24,2	24,7	5,6
97	Cinisello [Sesto S. Giovanni; Cinisello Balsamo; Cologno Monzese]	LOM	72,7	46,0	7,8	18,9	29,0	18,0	19,9	5,8
98	Melegnano [S. Donato Mil.; S. Giuliano Mil.; Peschiera Borromeo]	LOM	72,7	46,8	8,7	17,1	32,1	16,3	19,9	4,4
99	Basso Molise [Termoli; Larino; Montenero di Bisaccia]	MOL	72,7	43,0	6,3	23,4	20,9	22,3	23,4	6,0
100	Garbagnate [Bollate; Paderno Dugnano; Limbiate]	LOM	72,7	43,3	8,9	20,5	30,2	19,2	19,4	3,9
101	Varese [Varese; Malnate; Luino]	LOM	72,9	46,8	6,7	19,3	27,2	19,2	22,2	4,2
102	Bassano del Grappa [Bassano d/G; Romano d'Ezzelino; Marostica]	VEN	73,0	49,8	7,0	16,2	29,3	16,1	23,5	4,2
103	Taranto [Taranto; Martina Franca; Grottaglie]	PUG	73,1	43,7	8,0	21,3	25,4	20,6	22,1	4,9
104	Ascoli Piceno [Ascoli Piceno; Folignano; Castel di Lama]	MAR	73,3	44,0	6,9	22,4	22,9	23,1	23,4	3,8
105	Rho [Rho; Lainate; Cornaredo]	LOM	73,3	46,7	8,0	18,5	30,5	19,4	19,4	4,0
106	Imperiese [S. Remo; Imperia; Ventimiglia]	LIG	73,4	44,2	6,8	22,4	25,8	19,5	22,9	5,2
107	Vicenza [Vicenza; Dueville; Torri di Quartesolo]	VEN	73,5	47,6	8,5	17,3	29,4	16,4	23,7	4,0
108	Versilia [Viareggio; Camaiore; Pietrasanta]	TOS	73,5	49,3	8,3	15,9	30,8	16,2	21,9	4,6
109	Vimercate [Vimercate; Arcore; Concorezzo]	LOM	73,6	46,1	8,6	19,0	29,2	18,6	21,9	3,9
110	Foggia / 3 [Foggia; Lucera; Troia]	PUG	73,7	45,8	7,1	20,7	24,8	21,0	23,0	4,9
111	Centro Molise [Campobasso; Bojano; Riccia]	MOL	73,9	45,9	4,8	23,1	23,7	22,3	21,4	6,5
112	Bussolengo [Villafranca di Verona; Bussolengo; Negrar]	VEN	73,9	46,7	7,3	19,9	26,2	18,2	25,1	4,3
113	Milano (AM) [Milano; Rozzano; Corsico]	LOM	73,9	46,5	9,4	18,0	30,1	17,5	21,9	4,4
114	Lecco [Lecco; Calolziocorte; Valmadrera]	LOM	74,0	46,3	5,9	21,7	27,0	19,7	21,8	5,5
115	Collegno [Rivoli; Collegno; Grugliasco]	PIE	74,0	48,4	8,5	17,2	27,4	17,2	24,9	4,5
116	Montalbano Jonico [Pisticci; Policoro; Montalbano Jonico]	BAS	74,0	45,1	5,7	23,3	26,7	21,9	19,5	5,9
117	Enna [Enna; Piazza Armerina; Nicosia]	SIC	74,2	41,5	6,4	26,3	21,1	28,8	18,9	5,5
118	Massa Carrara [Massa; Carrara; Aulla]	TOS	74,5	50,5	7,1	16,9	29,4	17,2	23,3	4,5
119	Fabriano [Fabriano; Sassoferrato; Cerreto d'Esi]	MAR	74,6	51,6	7,2	15,8	22,9	14,1	33,1	4,7
120	Modena [Modena; Carpi; Sassuolo]	EMR	74,7	49,5	6,8	18,3	26,0	19,2	25,8	3,7
121	Cantù [Cantù; Mariano Comense; Erba]	LOM	74,7	44,3	9,6	20,8	30,1	19,7	20,3	4,5
122	Mirano [Mira; Mirano; Spinea]	VEN	74,7	48,7	7,6	18,5	31,2	18,0	22,2	3,3
123	Padova [Padova; Selvazzano Dentro; Albignasego]	VEN	74,8	47,1	8,4	19,3	29,6	17,9	22,3	5,0
124	Caltanissetta [Gela; Caltanissetta; Niscemi]	SIC	75,1	45,8	6,0	23,3	22,1	23,8	23,2	6,1
125	Arzignano [Valdagno; Arzignano; Montecchio Maggiore]	VEN	75,1	51,9	6,9	16,3	27,3	17,4	27,2	3,2
126	Legnano [Legnano; Parabiago; Nerviano]	LOM	75,2	45,0	9,8	20,4	32,1	19,0	20,6	3,5
127	Como [Como; Olgiate Comasco; Lurate Caccivio]	LOM	75,3	47,0	9,5	18,8	29,0	17,5	24,3	4,5
128	Merate [Merate; Casatenovo; Missaglia]	LOM	75,4	46,3	9,3	19,8	31,6	17,4	22,4	3,8
129	Senigallia [Senigallia; Ostra; Arcevia]	MAR	75,5	49,3	9,6	16,6	24,7	17,2	31,0	2,5
130	Pieve di Soligo [Conegliano; Vittorio Veneto; Susegana]	VEN	75,9	53,0	6,7	16,2	25,1	16,2	30,1	4,5
131	Lanusei [Tortolì; Lanusei; Bari Sardo]	SAR	76,3	56,2	5,1	14,9	20,3	15,3	35,3	5,4
132	Ovest Merano [Merano; Lana; Silandro]	BZ	76,3	52,7	6,9	16,6	21,3	17,5	32,7	4,8
133	Reggio nell'Emilia [Reggio nell'Emilia; Scandiano; Correggio]	EMR	76,4	50,4	7,9	18,1	26,1	18,5	28,4	3,4
134	Catania [Catania; Acireale; Paternò]	SIC	76,6	45,2	7,6	23,8	24,5	25,0	22,7	4,5
135	Imola [Imola; Castel S. Pietro Terme; Dozza]	EMR	76,7	51,4	8,5	16,8	24,4	14,5	33,4	4,3
136	Bologna sud [Casalecchio d/R; S. Lazzaro di Savena; Zola Predosa]	EMR	76,8	49,1	8,3	19,5	26,1	19,4	27,1	4,3
137	Urbino [Urbino; Cagli; Fermignano]	MAR	77,2	49,8	5,4	22,0	22,2	21,4	26,7	6,9
138	Ravenna [Ravenna; Faenza; Lugo]	EMR	77,3	53,9	6,9	16,6	24,6	14,4	32,8	5,5
139	Parma [Parma; Fidenza; Salsomaggiore Terme]	EMR	77,6	49,4	8,3	19,9	27,6	18,9	26,9	4,2
140	Oristano [Oristano; Terralba; Cabras]	SAR	78,1	51,3	8,8	18,0	27,9	16,6	28,3	5,3
141	Centro-sud Bolzano [Bolzano; Laives; Appiano sulla strada del vino]	BZ	78,3	53,8	8,3	16,3	25,3	15,4	31,8	5,8
142	Alba [Alba; Bra; Cherasco]	PIE	78,7	56,8	6,4	15,5	21,6	16,9	36,7	3,5
143	Olbia [Olbia; Tempio Pausania; La Maddalena]	SAR	78,8	50,0	6,4	22,4	23,4	23,4	27,9	4,0
144	Salerno / 1 [Nocera Inferiore; Scafati; Pagani]	CAM	79,3	42,4	8,8	28,2	30,5	29,1	14,1	5,6
145	Thiene [Schio; Thiene; Malo]	VEN	79,3	53,8	6,0	19,6	26,6	19,9	28,8	4,0
146	Asolo [Castelfranco Veneto; Montebelluna; Vedelago]	VEN	79,6	53,6	8,0	18,0	25,5	16,1	34,1	4,0
147	Magenta [Abbiategrasso; Magenta; Bareggio]	LOM	79,6	50,7	9,4	19,6	34,3	20,0	21,2	4,1
148	Locri [Siderno; Locri; Bovalino]	CAL	80,0	53,4	5,8	20,8	23,1	21,1	31,8	4,0

segue - Classifica dello stato di salute in Italia

Rango	Azienda Usl	Reg	Totale	Analisi per causa evitabile: Prev. primaria	Diagn. pr.e ter.	Igiene e ass. san.	Analisi per causa di morte: Tumori	Sist. cardioc.	Traumat. e avvel.	Altre cause
149	Mantova [Mantova; Castiglione delle Stiviere; Porto Mantovano]	LOM	80,1	54,5	6,9	18,7	25,6	19,7	31,2	3,6
150	Treviso [Treviso; Mogliano Veneto; Paese]	VEN	80,2	55,3	7,1	17,8	26,9	15,3	33,3	4,7
151	Cirié [Venaria Reale; Ciriè; Alpignano]	PIE	80,2	51,0	7,8	21,4	27,4	22,8	25,3	4,7
152	Palmi [Palmi; Gioia Tauro; Taurianova]	CAL	80,5	54,8	8,7	17,0	25,2	20,5	30,2	4,6
153	Chivasso [Settimo Torinese; Chivasso; S. Mauro Torinese]	PIE	80,7	55,2	7,2	18,3	28,9	19,3	28,3	4,3
154	Cittadella [Vigonza; Cittadella; S. Martino di Lupari]	VEN	81,0	59,4	6,4	15,2	28,5	14,6	34,7	3,2
155	Bergamo [Bergamo; Dalmine; Seriate]	LOM	81,1	51,6	9,8	19,7	33,7	18,0	24,6	4,8
156	Casale Monferrato [Casale Monferrato; Valenza; Trino]	PIE	81,2	57,3	8,4	15,4	30,2	19,1	28,8	3,0
157	Caserta / 1 [Caserta; Maddaloni; Marcianise]	CAM	81,2	47,6	7,3	26,3	28,7	27,5	19,8	5,3
158	Napoli / 4 [Casalnuovo di Napoli; Acerra; Pomigliano d'Arco]	CAM	81,3	44,6	8,1	28,7	30,9	30,0	15,8	4,6
159	Sassari [Sassari; Alghero; Porto Torres]	SAR	81,3	51,4	7,7	22,3	27,4	20,4	27,2	6,4
160	Carbonia [Carbonia; Iglesias; Sant'Antioco]	SAR	81,5	55,9	8,3	17,3	30,3	15,8	31,5	4,0
161	Viadana [Viadana; Casalmaggiore; Castel Goffredo]	LOM	81,7	57,9	7,2	16,6	25,1	15,4	37,7	3,5
162	Novi Ligure [Novi Ligure; Acqui Terme; Ovada]	PIE	82,5	54,6	8,5	19,4	27,5	19,4	31,6	4,0
163	Bassa friulana [Cervignano del Friuli; Latisana; S. Giorgio di Nogaro]	FVG	82,7	57,2	8,0	17,6	30,9	17,1	28,5	6,2
164	Brescia [Brescia; Montichiari; Gussago]	LOM	82,9	55,6	8,2	19,1	32,6	18,0	27,3	5,0
165	Trento [Trento; Rovereto; Pergine Valsugana]	TN	83,1	56,9	7,1	19,1	27,9	18,2	30,3	6,7
166	Rovigo [Rovigo; Lendinara; Badia Polesine]	VEN	83,3	59,9	6,7	16,7	26,5	18,3	34,6	4,0
167	Triestina [Trieste; Muggia; Duino-Aurisina]	FVG	83,7	52,6	10,3	20,8	33,6	17,2	26,1	6,7
168	Pavia [Pavia; Casorate Primo; Belgioioso]	LOM	84,3	52,7	8,7	22,9	35,4	22,8	21,8	4,3
169	Piacenza [Piacenza; Fiorenzuola d'Arda; Castel S. Giovanni]	EMR	84,5	55,4	7,4	21,7	28,7	21,8	30,6	3,4
170	Sanluri [Villacidro; Guspini; S. Gavino Monreale]	SAR	84,7	61,3	6,2	17,2	26,0	15,9	37,2	5,6
171	Legnago [Legnago; S. Giovanni Lupatoto; Cerea]	VEN	84,8	57,3	6,6	20,9	28,9	19,7	31,8	4,4
172	Asti [Asti; Canelli; Nizza Monferrato]	PIE	84,8	55,5	9,6	19,7	26,6	20,0	35,0	3,3
173	Ferrara [Ferrara; Cento; Comacchio]	EMR	85,1	59,4	8,1	17,6	27,7	18,5	35,6	3,3
174	Alessandria [Alessandria; Tortona; Castelnuovo Scrivia]	PIE	85,2	56,0	8,3	20,9	26,7	22,3	30,6	5,6
175	Ostiglia [Suzzara; Gonzaga; S. Benedetto Po]	LOM	85,2	58,2	5,7	21,3	20,8	23,6	36,8	4,1
176	Pinerolo [Pinerolo; Luserna S. Giovanni; Cumiana]	PIE	85,4	59,9	7,4	18,1	33,9	15,8	30,7	5,0
177	Friuli occidentale [Pordenone; Sacile; Cordenons]	FVG	85,6	60,3	8,7	16,5	30,6	16,5	33,0	5,6
178	Napoli / 3 [Casoria; Afragola; Arzano]	CAM	86,0	49,2	8,7	28,1	40,1	26,6	11,5	7,8
179	Ivrea [Ivrea; Rivarolo Canavese; Cuorgnè]	PIE	86,4	59,8	6,8	19,7	28,0	18,9	34,3	5,2
180	S. Dona' di Piave [S. Dona' di Piave; Portogruaro; Iesolo]	VEN	86,4	61,0	7,9	17,5	33,6	16,2	31,8	4,9
181	Leno [Ghedi; Manerbio; Leno]	LOM	87,1	59,1	7,3	20,7	32,5	21,2	29,3	4,1
182	Salò [Desenzano del Garda; Lonato; Salò]	LOM	87,2	56,8	8,1	22,3	30,2	22,8	30,1	4,1
183	Bologna nord [S. Giovanni in Persiceto; Castel Maggiore; Budrio]	EMR	87,3	62,8	6,1	18,4	24,0	21,0	38,2	4,1
184	Isontina [Gorizia; Monfalcone; Ronchi dei Legionari]	FVG	87,4	59,9	12,2	15,3	30,0	16,2	35,4	5,8
185	Nuoro [Nuoro; Macomer; Siniscola]	SAR	88,1	59,0	6,0	23,1	22,4	21,7	38,9	5,0
186	Medio Friuli [Udine; Codroipo; Tavagnacco]	FVG	88,1	59,5	9,9	18,8	31,9	18,8	30,8	6,6
187	Est Brunico [Brunico; Valle Aurina; Campo Tures]	BZ	88,3	62,8	7,2	18,3	23,8	19,1	40,5	4,9
188	Chioggia [Chioggia; Piove di Sacco; Cavarzere]	VEN	88,4	64,0	7,9	16,5	35,2	16,4	34,0	2,8
189	Novara [Novara; Borgomanero; Trecate]	PIE	88,5	58,4	10,0	20,1	34,9	21,3	28,3	4,0
190	Cremona [Cremona; Soresina; Pizzighettone]	LOM	88,6	60,9	7,0	20,7	34,4	18,1	29,8	6,2
191	Voghera [Voghera; Stradella; Broni]	LOM	88,9	58,7	7,6	22,5	30,6	22,8	30,5	4,9
192	Albino [Albino; Alzano Lombardo; Nembro]	LOM	88,9	60,2	7,8	20,9	34,2	21,0	29,6	4,1
193	Napoli / 1 [Napoli]	CAM	89,2	49,7	9,6	29,9	35,4	31,0	16,2	6,5
194	Este [Monselice; Este; Montagnana]	VEN	89,4	63,9	7,3	18,2	30,0	17,6	35,0	6,8
195	Biella [Biella; Cossato; Vigliano Biellese]	PIE	89,7	59,8	8,6	21,4	29,6	21,1	32,1	6,9
196	Caserta / 2 [Aversa; Santa Maria Capua Vetere; Sessa Aurunca]	CAM	89,7	53,9	8,9	27,0	32,6	27,8	24,1	5,2
197	Vigevano [Vigevano; Mortara; Garlasco]	LOM	90,1	61,0	7,6	21,5	32,2	24,0	29,2	4,8
198	Chiari [Chiari; Palazzolo sull'Oglio; Rovato]	LOM	90,2	60,1	8,1	22,0	34,6	20,2	28,7	6,7
199	Treviglio [Treviglio; Romano di Lombardia; Caravaggio]	LOM	90,4	61,2	6,8	22,4	34,3	21,0	29,4	5,6
200	Lodi [Lodi; Codogno; Casalpusterlengo]	LOM	91,0	63,9	7,4	19,7	35,5	19,7	30,7	5,1
201	Mondovì [Mondovì; Ceva; Villanova Mondovì]	PIE	91,2	65,7	9,0	16,5	27,1	17,3	42,4	4,3
202	Nord Bressanone [Bressanone; Vipiteno; Chiusa]	BZ	91,3	68,9	6,3	16,0	24,1	15,8	45,9	5,5
203	Crema [Crema; Castelleone; Pandino]	LOM	92,3	54,9	12,3	25,1	38,9	21,8	25,4	6,3
204	Ponte S. Pietro [Ponte S. Pietro; Zogno; Calusco d'Adda]	LOM	93,0	61,2	6,8	25,0	37,7	23,9	26,5	4,9
205	Cuneo [Cuneo; Borgo S. Dalmazzo; Busca]	PIE	93,1	65,9	9,0	18,2	29,6	17,8	40,3	5,4
206	Omegna [Verbania; Domodossola; Omegna]	PIE	94,7	62,9	7,8	23,9	33,0	23,7	32,2	5,8
207	Gardone Val Trompia [Lumezzane; Concesio; Sarezzo]	LOM	95,0	61,4	9,3	24,3	38,3	25,1	26,4	5,2
208	Belluno [Belluno; Ponte nelle Alpi; Cortina d'Ampezzo]	VEN	96,5	67,6	8,8	20,1	33,6	19,6	36,3	7,0
209	Vercelli [Vercelli; Borgosesia; Santhià]	PIE	97,4	65,8	9,4	22,1	32,2	24,6	35,0	5,5
210	Aosta [Aosta; Chatillon; Saint-Vincent]	VDA	97,4	67,5	8,7	21,2	31,0	21,3	35,3	9,7
211	Sondrio [Sondrio; Morbegno; Tirano]	LOM	97,9	71,6	5,7	20,6	36,3	18,3	38,1	5,3
212	Savigliano [Fossano; Savigliano; Saluzzo]	PIE	100,5	69,2	8,5	22,7	28,6	20,2	44,8	6,8
213	Feltre [Feltre; Sedico; Santa Giustina]	VEN	105,1	72,2	6,0	26,9	36,3	23,2	35,0	10,5
214	Alto Friuli [Gemona del Friuli; Tolmezzo; Tarvisio]	FVG	112,2	77,8	10,7	23,8	40,6	21,9	41,3	8,4
215	Breno [Darfo Boario Terme; Pisogne; Breno]	LOM	115,4	79,4	7,9	28,2	42,6	29,1	35,5	8,2

(1) Per ciascuna Azienda USL sono riportati i primi tre Comuni in ordine di popolazione.
(*) AM = Area Metropolitana (Torino AM = 4 USL, Milano AM = 6 USL, Roma AM = 5 USL)

home

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

2.1. Contesto demografico

L'analisi del quadro demografico rappresenta il punto di avvio per una descrizione delle principali caratteristiche della domanda di salute in Italia.
La struttura per età della popolazione, e, in particolare, il processo di invecchiamento, i livelli di natalità e mortalità, il rapporto tra giovani ed anziani, le dimensioni del nucleo familiare, le tendenze migratorie sono alcuni dei punti di riferimento essenziali in grado di prefigurare alcuni tratti salienti delle caratteristiche strutturali e sanitarie della popolazione e quindi della domanda di servizi.
Il quadro che emerge dall'insieme degli indicatori elaborati è quello di una Italia caratterizzata da un importante fenomeno di invecchiamento della popolazione, sostanzialmente divisa tra una zona, il Centro-Nord, in cui prevale una situazione più marcata di bassa natalità, che non assicura il ricambio generazionale, e di significativo invecchiamento della popolazione e di un'altra area, il Sud, in cui i tassi di natalità sono, in generale, più elevati, è maggiore il ricambio generazionale, sono presenti quote più consinstenti di popolazione giovanile ed il processo di invecchiamento appare dunque più limitato.
Tuttavia, anche all'interno di tale quadro generale non mancano differenziazioni, con la provincia autonoma di Bolzano che presenta valori di natalità e mortalità ed una struttura per età della popolazione più simile a quella del Sud, regioni del Sud che sperimentano un fenomeno più consistente di invecchiamento della popolazione e regioni ancora in una situazione di maggiore equilibrio demografico.
Il tratto più saliente della nostra situazione demografica è certamente rappresentato da un livello particolarmente basso di natalità (9,4 nati vivi per 1.000 abitanti, secondo i dati Istat del 1997) che ha rappresentato per anni la punta in negativo nell'ambito dei paesi occidentali (e solo da poco sostituito dal più basso tasso della Spagna 9,2 sempre nel 1997) (tav. 2.1.1.).
Il tasso di natalità più ridotto si riscontra nella regione Liguria (6,7 per 1.000), con altre 4 regioni con un tasso inferiore all'8,0 per 1.000 (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria), immediatamente seguite da Piemonte, Marche, Sardegna, Valle d'Aosta, con tassi rispettivamente dell' 8,1; 8,3; 8,3 e 8,5.
In una situazione intermedia sono le regioni con un tasso di natalità che oscilla intorno al 9 per 1.000 (Lombardia, Veneto, Lazio, Abruzzo, Molise), mentre i valori di natalità vicini o superiori al 10 per 1.000 si riscontrano nella P.A. di Trento, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, con le punte di un tasso superiore al 12 per 1.000 della Campania e della P.A. di Bolzano.

A questo indicatore va associato quello di mortalità, che, con poche eccezioni, appare più elevato in quelle regioni dove è minore la natalità, a riprova dell'avvenuto innalzamento dell'età media e di un effetto combinato che, con l'innalzamento della speranza di vita alla nascita, ha determinato un fenomeno di consistente invecchiamento della popolazione.
Solo al Sud (con le eccezioni di Abruzzo e Molise) e nelle P.A. di Trento e Bolzano la natalità supera la mortalità. Il Lazio conserva una situazione di sostanziale equilibrio e tutte le rimanenti regioni presentano uno scarto negativo, particolarmente significativo in Liguria e Friuli.
I dati sulla struttura per età della popolazione confermano tale quadro: se in Campania la quota di popolazione di 0-14 anni raggiunge il 20% a fronte di un'incidenza della popolazione superiore ai 64 anni che presenta il valore minimo nazionale (12,8%), la percentuale di popolazione giovanile sul totale raggiunge o supera il 18% solo in altre tre regioni, Sicilia, Calabria e Puglia (la media nazionale è pari al 14,6%).
Viceversa, la quota maggiore di anziani sul totale si riscontra in Liguria (23,8%) e supera il 21% in Emilia Romagna, Toscana ed Umbria a fronte di un valore medio nazionale del 17,3%.
Un maggiore dettaglio circa la struttura d'età della popolazione proviene dall'analisi delle piramidi d'età di ciascuna regione.
Le piramidi infatti forniscono una rappresentazione grafica della incidenza delle diverse classi d'età sul totale della popolazione regionale per sesso.
A livello nazionale emerge che le fasce d'età più rappresentate sono naturalmente quelle centrali, con la prevalenza della classe 15-39 anni che incide per il 36,7% sul totale. Per quanto riguarda le fasce d'età estreme, i giovani con meno di 15 anni prevalgono sulla quota degli ultrasettanttaquatrenni in misura più che doppia (sono rispettivamente il14,6% ed il 7,1%).
Inoltre, va segnalato che la quota femminile di popolazione risulta prevalente a partire dai 45 anni e la differenza diventa molto più marcata dopo i 75 anni.
Per quanto concerne il confronto regionale emerge che le regioni più "anziane", cioè quelle nelle quali la quota di ultrasettantaquattrenni supera il valore medio nazionale (7,1%) sono, con l'eccezione di alcune regioni del Centro Italia e di due del Sud, prevalentemente quelle del Nord e, nell'ordine:
• Liguria (10,7%), Emilia Romagna (9,6%), Friuli Venezia Giulia (9,5%), Toscana (9,4%), Umbria (9,2%), Marche (9,0%), Piemonte (8,4%), Molise (8,3%), Abruzzo (7,9%), P.A. di Trento (7,6%), Valle d'Aosta (7,5%) e Veneto (7,2%). Il valore più basso si registra invece in Campania dove gli anziani rappresentano il 4,7% della popolazione regionale.
Viceversa, le regioni più "giovani", cioè con un'incidenza di minori di 15 anni superiore alla media nazionale, sono, nell'ordine:
• Campania (20,0%), Sicilia (18,6%), Calabria (18,5%), Puglia (18,0%), Basilicata (17,3%), P. A. di Bolzano (16,9%), Molise e Sardegna (15,5%) e Abruzzo (15,1%).
È in Liguria che si rileva l'incidenza più bassa, pari al 10,2%.
A livello grafico risulta infine evidente che, mentre la forma piramidale più classica (con la base più larga che si restringe progressivamente fino ad un apice) si riscontra chiaramente in alcune regioni meridionali ed è più netta in Campania ed in Sicilia, in molte regioni del Nord tale forma si modifica fino a capovolgersi ed a evidenziare una base più ristretta, come è particolarmente evidente in Liguria.
Di fatto l'indice di vecchiaia, che rapporta la popolazione con età maggiore di 64 anni ai giovani di età inferiore ai 15, ha ormai superato (a fronte di una media

nazionale del 118 per 100) il 150 per 100 in Friuli, Toscana, Umbria, Piemonte, Marche, è andato oltre il 200 per 100 in Liguria (232,2 per 100) e ha quasi raggiunto tale quota in Emilia (199,2). Se in queste due regioni sono presenti quasi due anziani per ogni bambino, solo al Sud e nella P.A. di Bolzano gli indici di vecchiaia rimangono inferiori al 100%, evidenziando un rapporto tra anziani e bambini ancora favorevole ai secondi.
Il diverso equilibrio generazionale appare confermato anche dal dato sul numero di bambini per 100 donne in età feconda, inferiore al 20 per 100 nelle regioni con minore ricambio e superiore a 22 nelle regioni più "giovani" del sud (con l'esclusione della Sardegna e la punta della Campania di 28,1 bimbi per 100 donne) e con il 26,4 ed il 23,6 delle P.A. di Bolzano e Trento.
Il numero medio di componenti il nucleo familiare è superiore alla media nazionale di 2,7 ancora una volta solo nel Sud (nella sua totalità) ed a Bolzano, presenta un andamento grosso modo conforme alla situazione della natalità ed è influenzato dalla presenza di nuclei unipersonali, molto spesso più diffusi nelle regioni con una maggiore incidenza di anziani.
L'indicatore sulle migrazioni conferma il tradizionale andamento Sud-Nord, con una presenza di tassi negativi in alcune regioni del Sud, più marcati in Calabria, e sempre positivi al nord, con la punta che segnala un maggiore afflusso in Emilia Romagna.
Infine, merita attenzione l'indice di dipendenza che consente di collegare situazione demografica ed aspetti economici.
Tale indicatore, che, com'è noto, fornisce una misura del carico sopportato (teoricamente) da ogni cittadino potenzialmente attivo in termini di numero di anziani e bambini, cioè di entrambe le fasce di popolazione non attiva, fornisce nuovi spunti sulle peculiarità regionali.
Le regioni in cui si registra un maggior onere sugli attivi sono, nell'ordine, Molise, Liguria, Umbria, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia, Marche dove l'indice ha superato il 50%, pari a 0,5 unità non attive a carico per attivo (nelle tre regioni meridionali – Basilicata, Calabria, Sicilia – è evidente il peso esercitato anche dalla quota consistente di non attivi della fascia d'età giovanile).
Le regioni con un indice compreso tra 40 e 45 per 100 sono Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Lazio, Sardegna mentre nelle altre regioni si riscontra un indice di dipendenza compreso tra 45 e 50 per 100.

2.2. Contesto economico

Un primo importante indicatore della situazione economica delle diverse regioni è rappresentato dal valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo delle regioni alla produzione di ricchezza del Paese. Il dato conferma la migliore situazione del Nord, laddove l'indicatore risulta sempre superiore ai 36 milioni di lire pro-capite contro una media nazionale di 31,6 e con le punte in positivo della provincia di Bolzano (41,3 milioni), della Lombardia ed Emilia Romagna (40,8) e della Valle D'Aosta (40,4) (tav. 2.2.1.).
Mentre al Centro i valori vanno dai 30 milioni pro-capite dell'Umbria ai 35,2 del Lazio, nelle regioni del Sud non si supera la soglia dei 28, con il valore più alto registrato in Abruzzo (27,6) e il più basso in Calabria (18,5).
Esistono quindi forti sperequazioni tra le aree del Paese ed ancor più tra le regioni, con un primato nella produzione di ricchezza nazionale diviso tra le regioni del Nord-ovest (Lombardia, Valle d'Aosta e, di seguito, Piemonte e Liguria) e

quelle del Nord-est, tra le quali spicca il già ricordato dato di Bolzano, con l'Emilia Romagna seguita da Friuli e Veneto.
La descrizione del contesto economico, realizzata a partire da indicatori di tipo provinciale di fonte Istat, Ancitel e Tagliacarne e relativi all'anno 1997 (con l'unica esclusione dei dati sui redditi risalenti al 1995), può inoltre soffermarsi sul dato collegato, rappresentato dal tasso di attività (ottenuto rapportando gli appartenenti alle forze di lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre). A fronte del valore medio nazionale (46,6 per 100) si evidenzia, ancora una volta, una significativa differenziazione tra le diverse aree territoriali del Paese. I tassi registrati al Sud non raggiungono la media nazionale e sono particolarmente bassi in Sicilia e Calabria (40,8 e 41,3 per 100), crescono al Centro, variando dal 44,8 dell'Umbria al 48,0 delle Marche, e raggiungono le quote più elevate al Nord.
Se si esclude il caso della Liguria (con un tasso di attività inferiore a quello medio nazionale), i tassi di attività delle regioni settentrionali vanno dal 47,0 per 100 del Friuli al 56,6 per 100 della P.A. di Bolzano.
Un andamento corrispondente presentano i tassi di disoccupazione, con il valore più ridotto riscontrato nella P.A. di Bolzano (2,6 per 100) ed il più elevato (24,6) in Campania, a fronte di un valore medio nazionale dell'11,7 per 100.
La disoccupazione femminile, sempre più alta di quella maschile, mostra punte particolarmente preoccupanti in Campania (33,9 per 100), Sicilia (33 per 100) ed in Calabria (32,2 per 100) dove rappresenta quasi il doppio della media nazionale (16,2 per 100). Nonostante risulti sempre maggiore della disoccupazione maschile, fa registrare i valori più bassi nella P.A. di Bolzano, dove rappresenta un valore quasi fisiologico, per poi risalire, pur senza mai superare l'8 per 100, in Valle d'Aosta e nella P.A.di Trento.
La situazione della disoccupazione maschile differenzia in modo ancora più netto le diverse regioni. Solo al Nord sono presenti tassi di piena occupazione (dal 2,1 di Bolzano al 3,3 dell'Emilia Romagna che sale al 3,8 e 3,9 della Lombardia e della Valle d'Aosta). I tassi del Centro non superano il 5 per 100, con l'unica esclusione del Lazio che raggiunge il 9,1.
Al Sud la situazione si presenta invece nettamente problematica, con la punta della Campania (20 per 100) e situazioni paragonabili di Sicilia e Calabria.
Ulteriori importanti indicazioni sulle caratteristiche economiche dei diversi territori regionali sono fornite dai dati sull'imponibile medio per contribuente e da quello per residente, con quest'ultimo indicatore che distribuisce il contributo individuale alla produzione di reddito tra i membri del nucleo familiare.
Sotto questo profilo si conferma la già citata radicale differenziazione di situazione di benessere economico tra Nord, Centro e Sud:
• l'imponibile medio per contribuente varia, al Nord, tra i 21,4 milioni di lire del Friuli ai 25 circa della Lombardia: presenta una oscillazione simile nelle regioni del Centro per abbassarsi drasticamente al Sud (si va in questo caso dai 16,1 milioni di imponibile medio per contribuente di Basilicata e Molise ai 19,4 della Sardegna);
• ancora più netta, seppure perfettamente rispondente a questo quadro, è la differenziazione riferita al dato sull'imponibile medio per residente, che distribuendo, come ricordato, il contributo individuale alla produzione di reddito tra i membri del nucleo familiare, viene influenzato dalla diversa situazione familiare e lavorativa del Sud (più alto il numero di componenti in media, più basso il tasso di attività, più alto il numero di donne disoccupate); in questo caso i valori oscillano, al Nord, dai 15,4 milioni del Veneto ai 17,9 della Lombardia, al Centro, dai 13,6 dell'Umbria ai 16 della Toscana, e, al Sud, dai 7,5 della Calabria

ai 11,3 dell'Abruzzo. Infine, la situazione differenziata di benessere economico che caratterizza i diversi contesti regionali appare confermata dall'indicatore relativo all'entità dei depositi bancari che fanno capo a ciascun abitante. Si tratta di un indicatore che, come già quello sull'imponibile, consente di approssimarsi alla effettiva disponibilità economica dei cittadini e non è direttamente collegato, come il dato sul valore aggiunto, alla struttura produttiva della territorio.
A fronte della consueta valenza positiva riscontrabile nelle regioni del Nord rispetto al valore medio nazionale (si va dai 19,3 milioni di lire pro-capite di Liguria e Veneto ai 25,5 della P. A. di Bolzano, contro i 17,6 della media italiana) emerge, ancora una volta, la situazione intermedia del Centro ed i valori decisamente più ridotti del Sud con la punta minima della Calabria, con 8,6 milioni in media per cittadino.
Inoltre, meritano attenzione i dati sui consumi delle famiglie, ulteriore indicatore di benessere economico diversificato tra le aree del Paese.
In generale, a livello nazionale, i consumi delle famiglie, di fonte Istat e relativi al 1997, segnalano una spesa media mensile familiare complessiva pari a 3,9 milioni, l'80% della quale è rappresentata da consumi non alimentari.
L'articolazione delle diverse categorie di consumi familiari evidenziabile tra le diverse zone e regioni del paese mostra una ridotta variabilità del volume dei consumi alimentari. Differenze più marcate risultano con riferimento a quelli non alimentari, il cui volume maggiore rilevabile al Nord segnala indirettamente un diverso stile di vita contrassegnato, in generale, da maggiore benessere ed opportunità di consumo.
Infine rimane da segnalare il diverso andamento dei consumi di energia elettrica pro-capite per uso domestico ed industriale.
Nel primo caso, i consumi maggiori si riscontano in Valle d'Aosta, Lazio e Sardegna a fronte dei valori più bassi della Basilicata e del Molise.
I consumi industriali sono decisamente più ampi al Nord (con le situazioni particolari di Sardegna ed Umbria che fanno registrare valori particolarmente elevati rispetto alla stessa media nazionale), segnalando indirettamente una diversa struttura produttiva del territorio in cui prevale la vocazione industriale. Viceversa al Sud e al Centro la maggiore dimensione del terziario e della vocazione burocratica determina, in generale, pur a fronte di qualche eccezione, valori di consumo industriale più prossimi a quelli domestici.

2.3. Tassi di mortalità standardizzati

I tassi di mortalità standardizzati offrono un quadro d'insieme sulle cause di morte nella popolazione in maniera indipendente dalla distribuzione per classi d'età. I dati della tavola 2.3.1. evidenziano, per i maschi fino a 74 anni, un tasso del 3,6 per 1.000 a livello nazionale, con una mortalità tendenzialmente più elevata al nord dove, nella maggioranza delle regioni, si registrano valori più alti rispetto a quelli medi nazionali fino al massimo del 4,4 per 1.000 della Valle d'Aosta. Al sud, invece, fatta eccezione per la Sardegna (3,7 per 1.000) e per la Campania (4,0 per 1.000), tutte le regioni si attestano al di sotto del 3,6 per 1.000 della media italiana.
Alla Valle d'Aosta, che come abbiamo visto rappresenta la regione con la mortalità più elevata, si affianca la Campania che è la sola altra regione italiana in cui il tasso di mortalità maschile supera il 4 per 1.000. È nelle Marche, per contro, che si registra il tasso più basso: 3,1 per 1.000 abitanti.

Per le donne la mortalità risulta molto inferiore, 1,7 per 1.000, e oscilla dal minimo dell'1,5 per 1.000 delle Marche al massimo dell'1,9 in Sicilia (tav.2.3.2.). Naturalmente i tassi di mortalità sono decisamente più elevati nella popolazione dai 75 anni in su, con una media, per i maschi, del 9,4 per 1.000 e, per le donne, del 6,7, sempre per 1.000 abitanti (tavv. 2.3.3. e 2.3.4.).
Mentre nel caso dei decessi maschili si evidenziano, ancora una volta, tassi più elevati della media nazionale prevalentemente al nord e al sud è solo in Sicilia e in Campania che i valori superano il 9,4 per 1.000 della media nazionale, la situazione è esattamente all'opposto per i decessi femminili. Infatti, fatta eccezione per l'Abruzzo e il Molise, tutte le regioni del meridione superano la media di 6,7 morti per 1.000 abitanti con la punta massima di 7,8 per 1.000 in Sicilia e in Campania.
Con riferimento alle specifiche cause di morte fra 0 e 74 anni, i tumori sono responsabili di oltre un terzo dei decessi sia per gli uomini che per le donne (rispettivamente, 132,3 e 72 per 100.000 abitanti). Seguono le malattie cardiovascolari, più rilevanti per gli uomini che per le donne.
Oltre i 74 anni, invece, le malattie cardiovascolari diventano la principale causa di decesso sia per gli uomini che per le donne, seguite dai tumori che interessano gli uomini in misura doppia rispetto alle donne (22,9 decessi maschili per 1.000 abitanti contro gli 11,5 femminili).
L'analisi della mortalità può essere supportata dalla rappresentazione grafica della composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso relativi al triennio 1995-97 (grafico 2.2.).
A livello nazionale, emerge che la quota di decessi maschili sul totale rimane superiore a quella dei decessi femminili dai 0 ai 74 anni mentre ad 80 anni si verifica una inversione di tendenza, laddove la quota di decessi femminili si attesta su valori costantemente più elevati di quelli riferiti ai maschi.
Le curve mostrano quindi una maggiore distribuzione dei decessi maschili nell'arco di vita, con la punta massima dell'8,5% a 80 anni. Nel caso dei decessi femminili, invece, la distribuzione presenta un picco più evidente in corrispondenza degli 85 anni, momento in cui si verifica il 10,5% di tali decessi, contro il più ridotto 6,5% di quelli maschili.
Nel confronto regionale, si evidenziano alcune importanti variazioni che mettono in rilievo come nelle regioni del Sud le differenze tra i sessi appaiano meno marcate con curve che tendono a sovrapporsi maggiormente e ad appiattirsi.
Viceversa, le due distribuzioni appaiono meno omogenee nella maggior parte delle regioni del Nord Italia, come già rilevato più "anziane", in cui il picco femminile si acuisce ulteriormente, fino ad arrivare al 12,0% dei decessi femminili concentrato ad 85 anni nel Friuli Venezia Giulia, contro il corrispondente valore minimo dell'8,5%, femminile registrato in Campania.

2.4. Mortalità evitabile

I dati sulla mortalità evitabile, in assenza di informazioni adeguate sui livelli di morbosità, sono qui utilizzati per fornire qualche indicazione, seppure indiretta, sul livello complessivo di salute della popolazione e, allo stesso tempo, ancora una volta in generale, sui possibili effetti delle politiche sanitarie (intese in senso lato) sulla mortalità. (Cfr. Capitolo 1).
Con riferimento alla situazione del Paese, gli indicatori di mortalità evitabile, elaborati a partire dai dati Istat 1995-97, mettono in evidenza che, tra i maschi,

quasi due casi (1,8) ogni 1.000 morti tra 5 e 69 anni sarebbero teoricamente evitabili. Con riferimento alle donne, la situazione appare meno drammatica: la quota è infatti pari a 0,72 per 1.000 (tav. 2.4.1.).
A livello regionale, emerge in negativo, per quel che riguarda gli uomini, la situazione della Valle d'Aosta, con 2,4 morti evitabili per 1.000, mentre in relazione alle donne si evidenzia il dato più elevato del Friuli Venezia Giulia, pari a 0,85 per 1.000. È evidente che soprattutto nel primo caso il dato può essere inficiato dal ridotto numero di abitanti della regione, ma va messo in evidenza, comunque, che, per i maschi, a livello complessivo emerge un andamento decrescente da Nord a Sud.
Con ogni probabilità sul dato pesa la rilevanza dei tumori, correlati, per un verso, al livello di industrializzazione e, per l'altro, alla prevenzione.
Tale andamento è confermato proprio dal dato delle morti evitabili legate alla carente situazione della prevenzione primaria, ove incidono alcune neoplasie. In generale, infatti, i valori dell'indicatore risentono di situazioni complesse che attengono alle condizioni di vita migliori e/o alla diversa incidenza di situazioni di rischio. Ciò può contribuire a spiegare anche i dati relativi alla Sardegna ed alla Campania che sono le uniche regioni del Sud a presentare valori paragonabili a quelli delle regioni settentrionali. Sempre con riferimento alle morti evitabili o riducibili grazia ad interventi sugli stili di vita, emerge in positivo il dato dell'Abruzzo con un tasso pari a 0,95 per 1.000 per gli uomini e a 0,24 per le donne.
Considerando la seconda categoria di morti per cause evitabili, quella che fa riferimento alla carenza di interventi di diagnosi e terapia precoce, emerge quanto tali interventi risultino strategici per le donne: se il tasso femminile è pari a 21,9 morti evitabili per 100.000 quello maschile è solo di 2,5 per 100.000. Anche in questo caso sembra emerge la rilevanza delle neoplasie. Viceversa, per gli uomini è la prevenzione primaria ad assumere un ruolo prioritario, con un valore di mortalità evitabile quasi 4 volte maggiore rispetto a quello delle donne.
Infine, considerando le morti evitabili legate ai problemi connessi con la strutturazione ed il funzionamento dell'organizzazione sanitaria si evidenzia, per le donne, la prevalenza di valori più alti di mortalità evitabile nelle regioni del Sud, con il valore più elevato riscontrabile in Campania. Il valore più positivo è invece quello delle Marche, con le regioni del Nord e del Centro che, ad esclusione del Lazio e dell'Umbria, fanno registrare valori inferiori alla media nazionale (19,2 per 100.000). Al Sud le eccezioni sono invece rappresentate dall'Abruzzo e dalla Sardegna anch'esse con valori più bassi rispetto alla media del Paese.
Meno netto è l'andamento concernente la situazione dei maschi: in questo caso la situazione peggiore è quella della Campania e quindi della Valle d'Aosta (ma qui va ricordata la distorsione dovuta al basso numero di residenti), mentre il dato meno elevato di morti evitabili, segno indiretto della maggiore efficienza dei servizi, si registra ancora una volta nelle Marche.

2.5. Mortalità infantile

La mortalità infantile rappresenta un importante indicatore non solo della situazione sanitaria di una popolazione ma del suo più complessivo livello di benessere.
Il dato italiano relativo al triennio 1995-97 (5,8 per 1.000 nati vivi), nonostante gli innegabili ed importanti progressi degli ultimi decenni, è ancora elevato se

paragonato a quello dei paesi nordici (tav. 2.5.1.).
Inoltre, va segnalato, ancora una volta, il permanere di una importante differenziazione tra regioni del Sud e del Centro-nord del Paese: il valore più elevato si riscontra in Sicilia (8,1 per 1.000 nati vivi), con tutte le regioni meridionali, con l'esclusione di Sardegna e Molise, con un tasso più alto della media nazionale. Il valore meno elevato è quello della provincia di Trento (3,6) e quindi del Friuli (3,8), mentre anche in Veneto, Lombardia ed Emilia si riscontrano valori inferiori al 5 per 1.000 nati vivi.
La mortalità infantile è attribuibile in misura prevalente a condizioni morbose di origine perinatale: in questo caso il tasso a livello nazionale risulta infatti pari a 3,3 per 1.000.
L'incidenza delle morti per malformazioni congenite prevale al Sud, con i valori più elevati di Calabria, Sicilia e Molise, pari o di poco superiori a 2 morti per 1.000 nati vivi.
Anche nel caso delle morti nei primi 4 anni di vita emerge la prevalenza delle morti dovute a malformazioni congenite e altre cause perinatali. Il tasso, a livello nazionale, è pari a 97,6 morti da 0 a 4 anni per 100.000, ancora una volta con valori tendenzialmente più elevati al Sud, dove l'estremo negativo è rappresentato di nuovo dalla Sicilia con 135,4 morti da 0 a 4 anni per 100.000 attribuibili a tali cause.
Seguono per importanza le malattie del sistema cardiocircolatorio, con un tasso medio nazionale pari a 6,1 per 100.000 e quindi i tumori, con 5,6 per 100.000. Considerando nel complesso le cause di morte nei primi 4 anni di vita emerge che, a fronte di un dato nazionale del 135,4, sono ancora una volta le regioni del Sud a presentare valori più alti della media con la punta in negativo della Sicilia (173,9), mentre il tasso meno elevato si riscontra nella Provincia Autonoma di Trento (87,3) con il Friuli che è l'unica altra regione con un valore al di sotto dei 100 morti per 100.000.

2.6. Infortuni sul lavoro

L'analisi degli infortuni sul lavoro fornisce importanti indicazioni sui rischi e le carenze nell'attività di prevenzione collegati allo svolgimento delle attività produttive.
In generale gli infortuni totali appaiono più frequenti nel Centro e nel Nord del Paese. I dati Inail segnalano, infatti, 3.089 nuovi infortuni che generano invalidità permanente e temporanea per 100.000 abitanti in Emilia Romagna e oltre 2.800 in Umbria e nelle Marche. Viceversa i valori del Sud del Paese non raggiungono mai i 2.000 infortuni per 100.000 abitanti, con valori in Campania, Sicilia e Calabria che non arrivano agli 800 (tav.2.6.1.).
Si tratta di infortuni relativi al totale delle tipologie di invalidità che risultano prevalenti nella fascia centrale di età (tra i 30 ed i 49 anni) e con riferimento ai quali emerge che i lavoratori anziani (50 anni e più) si invalidano meno dei giovani fino ai 30 anni.
Diversa è la situazione che si evidenzia dall'analisi della quota di infortuni che dà luogo alle più gravi invalidità permanenti.
Si registra una prevalenza di questa tipologia di infortuni al Centro, con valori più alti, 170 e 168 infortuni con invalidità permanente per 100.000 abitanti, rispettivamente in Umbria e nelle Marche e 112,8 in Toscana. In quest'area del Paese si registra comunque anche il tasso più ridotto relativo al Lazio con 42,5 invalidità

permanenti per 100.000 abitanti. Al Sud i valori sono tendenzialmente più bassi, ma oscillano dai 47 della Sicilia ai 107 dell'Abruzzo, mentre al Nord le oscillazioni vanno dal dato più basso della Lombardia (63,3) al più alto dell'Emilia Romagna (116,1). In questa tipologia di invalidità più grave gli infortuni sembrano prevalere tra i lavoratori più anziani.
Alla base delle differenziazioni riscontrate tra le regioni è lecito far riferimento non solo alla diversa struttura produttiva che le caratterizza (il dato è più elevato in quelle aree dove è maggiore la presenza di piccole e medie imprese, spesso caratterizzate da un modello di produzione ancora artigianale e/o meno garantito da misure strutturate di prevenzione dei rischi) ma anche alla diversa "regolarità" del mercato del lavoro che potrebbe spiegare la scarsa emersione anche delle diverse forme di infortunio.

2.7. Qualche indicazione sulla situazione di salute

Com'è noto, la carenza di dati epidemiologici relativi all'intero territorio del nostro Paese rende estremamente problematica un'analisi delle condizioni di salute che caratterizzano i diversi contesti regionali.
Seppure alcune importanti indicazioni sui bisogni sanitari della popolazione possano correttamente essere desunte dall'analisi degli indicatori demografici e socioeconomici, è sembrato importante cercare di giungere ad una conoscenza più diretta di tali bisogni utilizzando alcuni indicatori relativi alle malattie.
A tal fine sono stati analizzati i dati regionali sulle malattie infettive soggette a registrazione obbligatoria (su cui esercitano un peso considerevole le malattie infettive dell'infanzia) relativi al 1997 che evidenziano tuttavia una situazione piuttosto diversificata a livello regionale sulla quale assumono rilevanza diversi ordini di fattori.
Con riferimento ai casi che concernono bambini il dato medio nazionale risulta pari a 2.625 per 100.000 con un'ampia oscillazione tra gli oltre 7.000 della Lombardia ai poco più di 700 del Molise.
Il tasso relativo alle malattie infettive che hanno colpito gli adulti ammonta a livello nazionale a 147 casi per 100.000 abitanti ed oscilla dai 368 della Lombardia agli 85 del Molise.
Si tratta di dati variabili il cui andamento tuttavia è legato anche all'efficienza del sistema di rilevazione (tav. 2.7.1.).
Infine, i dati sui ricoveri per diversi livelli di assistenza forniscono un'indicazione indiretta sulla diversa gravità delle patologie che hanno determinato il ricovero. Se è vero che attraverso l'elaborazione di tale indicatore si è giunti ad una misura del mix di complessità affrontato nelle strutture ospedaliere, anche in questo caso, tuttavia, non si può sottacere che spesso tali dati ricalcano l'articolazione dell'offerta e sono una diretta conseguenza della classificazione dei posti letto realizzata a livello regionale piuttosto che rappresentare l'effettiva gravità delle patologie.
La tavola 2.7.2. evidenzia che, in Italia, l'indice di complessità totale dei ricoveri, che rapporta i ricoveri per specialità ad elevata assistenza comprensivi della terapia intensiva ai ricoveri per assistenza media e di base, è del 6,7%, con la punta massima in Campania, dove i ricoveri ad elevata assistenza rappresentano il 9,1%, ed il minimo nella P.A. di Bolzano (3,5%).
I ricoveri in riabilitazione, lungodegenza e psichiatria, rappresentano invece, il 3,6% dei totale dei ricoveri ospedalieri a livello nazionale, con la punta dell'11,8%

nella P. A. di Trento e la minima, l'1,3%, in Sardegna, ma con altre tre regioni in cui la quota di tali ricoveri non arriva al 2%: l'Umbria (1,4%), la Basilicata (1,6%) e la Puglia (1,7%).

2.8. Gestione finanziaria del Ssn: spesa pro-capite "effettiva"...

Il dato medio nazionale relativo alla spesa sanitaria pubblica ammonta a 1.904.300 lire pro-capite, con un andamento complessivo che evidenzia una spesa globalmente più elevata al Nord fino al massimo dei 2.356.700 di lire della P.A. di Bolzano.
Le quattro regioni centrali presentano anch'esse valori più elevati della media nazionale, ma con scarti più ridotti rispetto alle regioni del Nord, facendo registrare la punta massima nel Lazio (2.025.900 lire pro-capite). In tutte le regioni meridionali, invece, i valori sono più bassi della media del Paese con il minimo della Basilicata (1.562.600 lire).
Con riferimento alla composizione della spesa, si evidenzia la prevalenza della quota del personale (43,2%) e quindi dei beni e servizi (17,6%) sul totale della spesa corrente sanitaria. In complesso le due quote che compongono la spesa diretta rappresentano il 60,8% sul totale. La variazione del volume delle quote a livello regionale è collegata alla maggiore o minore erogazione in proprio dell'assistenza rispetto al ricorso all'erogazione tramite strutture convenzionate/accreditate.
La quota di spesa diretta è quindi tendenzialmente più elevata al Nord (ove minore è il ricorso alle strutture del privato accreditato) e raggiunge il massimo nella P.A. di Bolzano (76,4%) ed il minimo in Lombardia (56,4%). Infatti in questa ultima regione si risconta una più elevata incidenza della spesa per l'ospedaliera convenzionata (16,5% sul totale).
Similmente, con riferimento alle regioni del Centro, nel Lazio si registra l'incidenza maggiore di tale tipologia di spesa (26,2%) a fronte di una spesa diretta pari al 46,9%.
Nel Sud l'incidenza della spesa ospedaliera convenzionata varia dal valore più basso della Basilicata (0,8%) al più alto della Puglia (16,0%).
Nell'ambito della spesa convenzionata assume una rilevanza consistente quella relativa alla farmaceutica che rappresenta il 11,1%. In generale tale quota è più elevata al Sud e meno consistente al Nord con i valori intermedi del Centro.
La medicina di base rappresenta invece il 6,2% del totale della spesa e varia dal minimo della Liguria (4,8%) al massimo della Calabria (8,4%), con minori differenziazioni tra le regioni.
La specialistica assorbe globalmente il 2,8% del totale della spesa corrente con un andamento che la vede decrescere passando dal Sud al Nord del paese, con la punta massima della Campania (5,8%) e la minima della P.A. di Bolzano (0,6%).

... spesa pro-capite "pesata"

A partire dalla constatazione che il dato sulla spesa risente della diversa composizione per età della popolazione, si è cercato di andare al di là di un mero confronto sul piano finanziario tra i diversi livelli di spesa regionale attraverso la costruzione di un indice che, utilizzando la popolazione pesata, elimina la distorsione derivante dalla diversa struttura per età della popolazione e consente per-

tanto una più corretta valutazione dello scostamento delle spese pro-capite regionali dalla media del Paese.
Considerando la spesa pro-capite pesata, cambiano, quindi, alcune delle posizioni nella graduatoria tra le regioni dando luogo ad una diversa mappa della spesa sanitaria (grafici 2.8.4., 2.8.5.).
Nella graduatoria della spesa basata sulla popolazione effettiva, e quindi in termini puramente finanziari, le regioni con la spesa più elevata risultano essere, nell'ordine, la P.A. di Bolzano, la Valle d'Aosta e l'Emilia Romagna, mentre la spesa meno elevata si riscontra in Basilicata.
La nuova graduatoria basata sull'indicatore di spesa costruito sulla base della popolazione pesata vede confermate le prime due e l'ultima posizione, ma fa registrare alcune variazioni anche significative al suo interno. Ad esempio, l'Emilia Romagna dalla terza posizione scende alla undicesima, mentre il Lazio risale dalla settima alla quarta. La Campania, poi, passa dal sedicesimo al terzo posto, mentre la Sicilia passa dal penultimo al tredicesimo posto.
La graduatoria che tiene conto della popolazione pesata evidenzia, pertanto, alcune importanti variazioni a livello di spesa sanitaria teorica (ma omogenea a livello di bisogno assistenziale).
Di fatto, se è vero che alcune regioni del Sud – come la Campania e la Sardegna che apparivano nella parte più bassa della graduatoria della spesa effettiva – risalendo nella graduatoria della spesa sulla popolazione pesata evidenziano, a parità di bisogno assistenziale, una minore capacità di controllo della spesa, rimane confermata l'indicazione di una spesa sanitaria pro-capite più elevata in alcune regioni del Nord come la P.A. di Bolzano, la Valle d'Aosta, la P.A. di Trento che presentano note peculiarità amministrative.
Viceversa, regioni come l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria e le Marche, con una elevata spesa pro-capite nella graduatoria meramente finanziaria, scendono considerevolmente nella graduatoria che annulla le differenze in termini di bisogno assistenziale legato alla struttura per età della popolazione, evidenziando un utilizzo tendenzialmente più efficiente della spesa di quanto apparirebbe a prima vista.
Corrispondentemente, nel Sud tutte le Regioni (tranne la Basilicata) sembrano avere livelli di impegno per la Sanità più alti di quanto registrato dai rendiconti finanziari, una volta che si consideri che hanno una popolazione mediamente più giovane.
Ovviamente, per avere un indicatore di efficienza nell'uso delle risorse, si dovrebbe ulteriormente considerare l'effettiva dotazione di strutture ed anche la mobilità regionale; la standardizzazione della popolazione permette comunque di espletare in maniera più corretta i confronti, permettendo di apprezzare più efficacemente i diversi comportamenti di spesa regionale e sfatando, in definitiva, l'impressione di una spesa estremamente più contenuta al Sud rispetto al Nord.
La disponibilità dei dati di spesa sanitaria corrente anche per gli anni 1998 e 1999 consente alcune ulteriori considerazioni in tema di confronti regionali e con la media nazionale (tavv. 2.8.2., 2.8.3. e grafici 2.8.2., 2.8.3.). Va rilevato che, in assenza di dati sulla distribuzione per classi di età al 1° gennaio 2000, la spesa per il 1999 è valutata a popolazione costante 1998.
Anche per i due anni più recenti si è effettuato un calcolo della spesa pro-capite sia rispetto alla popolazione effettiva che a quella pesata da cui è essenzialemente emerso:
• un andamento complessivamente crescente della spesa in valori correnti, passata da una media nazionale di spesa pro-capite, calcolata sulla popolazione effettiva, di 1.904.300 lire del 1997 a 1.974.200 lire del 1998 fino ai 2.074.400 del

1999 con una variazione percentuale dell'8,9%;

• la conferma di massima dell'andamento delle due graduatorie che vede, in quella della spesa pro-capite calcolata sulla popolazione effettiva, le regioni del Nord nella parte più alta della graduatoria e quelle del Sud nella più bassa, e, di contro, nella graduatoria della spesa pro-capite calcolata sulla popolazione pesata, il posizionamento di molte regioni del Nord e alcune del Centro nella ultime posizioni e la "risalita" di alcune del Sud.

In particolare, nelle graduatorie relative al 1998, gli spostamenti più macroscopici riguardano la Liguria che passa dal quarto posto nella graduatoria della spesa effettiva al diciannovesimo di quella pesata, l'Emilia Romagna dal terzo al tredicesimo, la Toscana, dal tredicesimo al ventesimo, il Friuli, dal decimo al sedicesimo.

Al contrario, risalgono nella graduatoria della spesa pro-capite calcolata sulla popolazione pesata, la Campania, dal ventunesimo posto della graduatoria meramente finanziaria al settimo di quella che prende in considerazione la struttura per età della popolazione, la Puglia, dal diciannovesimo al nono, la Sardegna, dal sedicesimo al quinto, la Calabria, dal ventesimo al dodicesimo.

Per quel che concerne il confronto delle graduatorie relative alla spesa sanitaria corrente pro-capite del 1999, le prime due posizioni, occupate dalla P.A. di Bolzano e di Trento, non subiscono modificazioni nel passaggio dalla graduatoria finanziaria a quella calcolata considerando la popolazione pesata, mentre le variazioni più eclatanti, in positivo, sono quelle fatte registrare da Liguria (dal quarto al sedicesimo), Marche (dal tredicesimo al ventunesimo), Friuli V.G. (dal decimo al diciassettesimo), Toscana (dal dodicesimo al ventesimo), Emilia Romagna (dal quinto all'undicesimo). Viceversa, gli spostamenti in negativo riguardano essenzialmente la Campania, dal diciottesimo al terzo, la Puglia, dal diciassettesimo al sesto, la Calabria, dal diciannovesimo al decimo, la Sicilia, dal ventunesimo al quattordicesimo.

2.9. Le risorse del Ssn: i posti letto

L'offerta di posti letto, a livello nazionale e regionale, viene qui analizzata sia in base alla tipologia di struttura (presidio Azienda Usl, Azienda ospedaliera o Istituto privato accreditato), sia in base alla tipologia di assistenza (assistenza di base, media ed elevata, terapia intensiva, riabilitazione, lungodegenza e psichiatria).

La disponibilità complessiva a livello nazionale per la terapia intensiva è di 13,2 posti letto per 100.000 abitanti con il massimo della Liguria (20,8) seguita dalla Provincia Autonoma di Bolzano (18,4) (tav. 2.9.1.). A fronte dei picchi positivi rappresentati da queste due regioni, sono ben cinque le regioni italiane che offrono un numero di posti letto inferiore ai 10 per 100.000 abitanti: la Valle d'Aosta, che con i suoi 8,4 è la regione in assoluto meno dotata al riguardo, insieme al Veneto (9,0), al Friuli Venezia Giulia (9,2), alla Calabria (9,5) e alla Basilicata (9,6). Esattamente il 50% dei posti letto complessivamente disponibili per la terapia intensiva è situato in presidi Aziende Usl, una quota che arriva al 100% per la Valle d'Aosta, per le Province Autonome di Bolzano e di Trento e per l'Abruzzo in assenza di posti letto presso gli Istituti privati accreditati e le Aziende ospedaliere. I posti letto per la terapia intensiva presso gli istituti privati accreditati, che a livello nazionale rappresentano il 4,5% dell'offerta con 0,6 posti letto per 100.000 abitanti, raggiungono il massimo nel Lazio (2,0) e sono presenti solo in

poche altre regioni come la Lombardia (1,7), la Sicilia (1,0), la Campania (0,4), l'Emilia Romagna (0,3) e la Puglia (0,2) mentre sono del tutto assenti nelle altre regioni italiane.
Le Aziende ospedaliere, infine, offrono, il 45,5% dei posti letto in terapia intensiva (6,0 per 100.000 abitanti) a livello nazionale, con una forte variabilità a livello delle singole regioni dal minimo del Molise (0,9) al massimo registrato in Sicilia (12,1) in cui le Aziende ospedaliere coprono il 77% dell'offerta complessiva.
Con riferimento alle specialità ad elevata assistenza, si evidenzia una disponibilità complessiva, a livello nazionale, nettamente più alta (22,5 posti letto per 100.000 abitanti). La disponibilità maggiore, più di 30 posti letto per 100.000 abitanti, si registra in Valle d'Aosta e in Basilicata, mentre le aree meno dotate sono la Provincia Autonoma di Bolzano (12,7) e la Sardegna (16,1).
Nel caso di questa tipologia di assistenza, la quota maggiore di offerta è presente presso le Aziende ospedaliere, che offrono 14 posti letto per 100.000 abitanti pari al 62% circa del totale, con le punte massime, di oltre 20, in Basilicata, in Liguria e nel Friuli Venezia Giulia. I presidi ospedalieri del privato accreditato coprono, invece, solo il 4,4% del totale (1 posto per 100.000 abitanti) e limitano la loro offerta per l'elevata assistenza a solo 10 regioni italiane con il massimo di 2,4 posti letto in Lombardia.
Per le specialità di base, la tavola 2.9.2 mette in luce una situazione più omogenea con riferimento alla disponibilità nelle diverse tipologie di struttura. A fronte di una media nazionale di 371,2 posti per 100.000 abitanti, 213,4, pari al 57,5%, sono situati presso presidi delle Aziende Usl, 100,8 (il 27,2%) nelle Aziende ospedaliere e 57, cioè il restante 15,3%, negli istituti privati accreditati.
Con riferimento al dato complessivo, la disponibilità più elevata si registra in Friuli Venezia Giulia (493,5) in cui la quota maggiore dei posti letto (255,8 pari al 51,8%) è situata nelle Aziende ospedaliere. Situazioni analoghe, con oltre 450 posti letto per 100.000 abitanti, si evidenziano anche nelle Marche, che concentra il 72,5% della disponibilità nei presidi Aziende Usl, e nella Provincia Autonoma di Bolzano che, in assenza di un'Azienda ospedaliera, ha oltre l'88% dei letti presso gli ospedali delle Aziende Usl e la quota restante situata negli ospedali del privato accreditato.
Nella media assistenza, il valore medio nazionale indica una disponibilità complessiva di 74,9 posti letto per 100.000 residenti che, tuttavia, superano i 90 in Liguria, la regione più dotata, in Lombardia e in Puglia. Il picco negativo, invece, è rilevabile in Toscana con appena 51,8 posti letto per 100.000 abitanti.
Sul totale di questi posti letto, 30,2 (il 40,3%) sono collocati negli ospedali delle Aziende Usl, 31,9 (pari al 42,6%) presso le Aziende ospedaliere e 12,8 (il restante 17,1%) negli Istituti privati accreditati. A fronte di una distribuzione dei posti letto nelle diverse strutture che a livello nazionale è piuttosto omogenea, è tuttavia possibile rilevare ampie variazioni nelle diverse regioni. Si va così dalla Valle d'Aosta, in cui la totalità dei posti letto in media assistenza è situata presso l'ospedale dell'Azienda Usl, alla realtà del Friuli Venezia Giulia che vede oltre l'83% della disponibilità totale concentrata nelle Aziende ospedaliere. In alcune regioni del sud come la Campania e la Calabria, infine, una quota consistente dei posti letto disponibili si trova presso gli istituti privati accreditati, rispettivamente, il 31,9% nel primo caso e il 31,6% nel secondo.
L'analisi della situazione, a livello nazionale e regionale, delle degenze in riabilitazione, lungodegenza e in psichiatria, evidenzia che sono disponibili in media in Italia appena 60,8 posti letto per 100.000 abitanti (tav. 2.9.3). Si tratta di un dato che presenta, però, un'ampia variabilità da una regione all'altra. Si va, ad

esempio, dal numero estremamente ridotto presente in Umbria (8,3) e in Basilicata (11,9) alla disponibilità decisamente più ampia di regioni come l'Abruzzo e il Lazio e della Provincia Autonoma di Trento che superano i 100 posti letto e con quest'ultima, in particolare, che arriva alla massima disponibilità di ben 175,5 posti letto per 100.000 abitanti.

La quota maggiore dell'offerta in questo tipo di assistenza, a livello nazionale e nella maggior parte delle regioni, è presente negli Istituti privati accreditati e, più in particolare, quasi il 60% dell'offerta media del Paese, oltre l'86% di quella del Lazio, l'81,6% di quella dell'Abruzzo e quasi il 55% di quella della Provincia Autonoma di Trento. Eccezioni a questo andamento sono rappresentate dal Veneto, dal Friuli Venezia Giulia e dalla Puglia dove, invece, sono gli ospedali delle Aziende Usl a rispondere in maniera prevalente alla domanda di questa tipologia di assistenza. Per la Liguria e per il Molise, infine, sul totale dei posti letto disponibili (31,3 nel primo caso e 25,7 nel secondo), si registra una lieve prevalenza dell'offerta presso le Aziende ospedaliere.

Al livello della totale disponibilità di posti letto, l'Italia, con una media di 5,4 posti letto per 1.000 abitanti, è scesa al di sotto dello standard di 5,5 anche se non sono molte le regioni che si sono adeguate. Nella Provincia Autonoma di Trento, nel Lazio, nelle Marche, in Friuli Venezia Giulia, in Abruzzo e nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad esempio, l'offerta di oltre 6 posti letto per 1.000 abitanti risulta ancora troppo ampia. All'opposto, è in Campania, in Sicilia, in Basilicata e in Valle d'Aosta che si trova una situazione di carenza rispetto allo standard, con una dotazione che varia dal minimo di 4 al massimo di 4,6 posti letto per 1.000 abitanti.

L'analisi in base alla tipologia della strutture evidenzia che la quota maggiore dell'offerta, a livello nazionale, è presente presso gli ospedali delle Aziende Usl (2,7 pari al 50,7% del totale), che una quota minore è situata nelle Aziende ospedaliere (29,4%) e che, infine, il 19,8% è gestito dagli Istituti privati accreditati con una prevalenza nella regione Lazio dove l'offerta di posti letto in tali istituti rappresenta il 35% del totale.

Riguardo, invece, all'effettiva utilizzazione dei posti letto disponibili, i dati della tavola 2.9.4. evidenziano che, per la terapia intensiva, il tasso medio nazionale è del 77,3% con il massimo dell'86,2% nelle Marche e con Valle d'Aosta, Lazio e la Provincia Autonoma di Trento che registrano, tutte, un tasso superiore all'80%. Il livello minimo di utilizzazione è presente, invece, nella Provincia Autonoma di Bolzano dove è pari al 63,3%.

Con riferimento alle diverse strutture, la punta massima del tasso di utilizzazione a livello nazionale, si rileva nelle Aziende ospedaliere (l'81,9%), un dato che arriva fino al 98,6% in Sardegna e che registra il suo minimo in Molise (52,5%).

Negli ospedali delle Aziende Usl, invece, il tasso è di oltre il 75% in Italia e varia dal minimo del 63,3% della Provincia Autonoma di Bolzano al massimo dell'83,3% della Valle d'Aosta. Risulta infine più basso, il tasso di utilizzazione dei posti letto in terapia intensiva presso gli Istituti privati accreditati, pari, a livello nazionale, al 56,0%.

Per le specialità ad elevata assistenza, il tasso di utilizzazione medio, in Italia, è del 74,6% che presenta, però, un'ampia oscillazione dal minimo del 52,3% della Valle d'Aosta al massimo del 94,4% del Molise. In questo caso è presso gli ospedali del privato accreditato che si individua la maggiore utilizzazione, dell'83,6% mentre la più bassa, il 68%, è presente negli ospedali delle Aziende Usl.

In Italia, le specialità a media assistenza e di base, mostrano tassi complessivi di utilizzazione analoghi (rispettivamente, del 74,3% e del 73,4%) (tav. 2.9.5.). Nel

caso della media assistenza è in Liguria che si riscontra il tasso più elevato, dell'81,7%, a fronte del valore più basso della Basilicata, dove non si arriva al 62% di utilizzo dei posti letto, mentre sono le Aziende ospedaliere che presentano la massima utilizzazione pari al 79,1%.
A fronte di un tasso medio del 73,4%, i posti letto per le specialità di base evidenziano il loro massimo utilizzo in Valle d'Aosta (l'88,1%) e quello più basso in Friuli Venezia Giulia (63,2%) con, anche in questo caso, le Aziende ospedaliere che rappresentano le strutture ad utilizzo maggiore dei posti letto (79,2%).
È, tuttavia, solo nelle strutture con posti letto per riabilitazione e lungodegenza e per la psichiatria, che il tasso di utilizzazione nazionale supera l'80% e arriva, nel Lazio e nel Molise, a oltre il 90% (tav. 2.9.6.). A questi tassi si contrappone quello bassissimo della Sicilia, pari al 54,7%. Con riferimento alle diverse tipologie di struttura non si evidenziano differenze significative e sia gli ospedali delle Aziende Usl che le Aziende ospedaliere che gli Istituti privati accreditati presentano tassi superiori all'80% con il massimo dell'84,4% delle Aziende ospedaliere.
I tassi di utilizzazione complessivi si attestano, in Italia, sul 74,8% con una certa variabilità fra le diverse regioni che va dall'82,8% della Valle d'Aosta al 65,3% del Friuli Venezia Giulia. Si rileva, in generale, una maggiore utilizzazione dei posti letto nelle Aziende ospedaliere (del 79,3%) rispetto agli ospedali delle Aziende Usl (75,3%) e agli ospedali del privato accreditato (66,7%). Fanno eccezione il Veneto e la Liguria che sono le uniche regioni ad avere il più elevato tasso di utilizzazione (superiore all'80%) per i posti letto degli ospedali delle Aziende Usl, mentre la Provincia Autonoma di Bolzano, in assenza di un'Azienda ospedaliera, registra il tasso più alto con riferimento ai posti letto degli Istituti privati accreditati (del 77,8% contro il 74,3% negli ospedali dell'Azienda Usl).

2.10. Le risorse del Ssn: il personale

La valutazione della dimensione dell'offerta sanitaria ha un suo punto fondamentale nell'analisi di una risorsa come il personale, assolutamente strategica in tutto il comparto dei servizi alla persona.
A livello complessivo va, in primo luogo, segnalato l'importante contributo che il Ssn fornisce all'occupazione nazionale: il solo numero totale di dipendenti del Ssn, senza quindi considerare l'indotto, risulta pari allo 1,1% (108,4 per 10.000 abitanti) della popolazione residente. Tale apporto varia considerevolmente da regione a regione, con i due estremi della Campania (0,9%) e della Valle d'Aosta. (1,4%) (tav.2.10.1.).
In generale, nelle regioni del Centro Nord, il numero di dipendenti del Ssn in rapporto alla popolazione appare più consistente ed è decisamente più basso al Sud (con l'eccezione di Molise, Calabria e Sardegna) dove non raggiunge 1% della popolazione, come succede anche nel Lazio.
A livello delle singole regioni, la disponibilità di medici dipendenti del Ssn per abitanti (tra medici dipendenti delle Aziende Usl e quelli delle Aziende ospedaliere) risulta anch'essa variabile ma senza che sia possibile evincere una "regola" geografica. È comunque da segnalare una consistente oscillazione tra il valore dell'Umbria (21,1 medici per 10.000 abitanti) e quello della Puglia (13,7) a fronte di una media nazionale di 16,3.
La dotazione complessiva della risorsa infermieri evidenzia una situazione tendenzialmente diversificata tra Nord e Sud del paese, quest'ultimo caratterizzato, in linea di massima, da una più ridotta disponibilità di infermieri in rapporto agli

abitanti. In generale in quest'area del Paese si registrano tassi più bassi del valore medio nazionale (51,4 per 10.000 abitanti) con l'esclusione di tre regioni, Sardegna, Abruzzo e Molise.
Inoltre, nel meridione, è sempre inferiore rispetto al dato nazionale di 3,2 infermieri per medico, la disponibilità di infermieri per medico, con le punte più consistenti che si registrano tra le regioni del Nord- Est (P.A. di Bolzano e Friuli con 4,6 infermieri per medico e P. A. di Trento e Veneto con 4,0).
Per quanto concerne il personale amministrativo, sia delle Aziende Usl che delle Aziende ospedaliere, a fronte di una media nazionale che fa riferimento a 11,8 dipendenti per 10.000 abitanti, si registra la presenza meno consistente in Basilicata (9,0), mentre in Valle d'Aosta (19,0) e nella P.A. di Bolzano (18,1) si segnalano presenze decisamente più significative.
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, presenta una distribuzione che vede una leggera prevalenza al Nord con solo due regioni (Piemonte e Veneto) che presentano valori inferiori alla media nazionale pari a 28,9 per 10.000 abitanti, mentre al Centro Italia, la Toscana è l'unica regione che supera tale valore medio con 32,8. In generale si va dal valore minimo della Campania (24,9 per 10.000 abitanti) al massimo della Valle d'Aosta (42,5). Il valore più alto al Sud si registra in Sardegna (38,5).
Particolare attenzione merita la considerazione della remunerazione del personale dipendente del Ssn, che nonostante sia regolata da contratti nazionali di categoria, risulta significativamente variabile tra le diverse regioni (tav. 2.10.2.).
La retribuzione media mensile dei medici, pari in media a circa 8,1 milioni di lire a livello nazionale, varia dal minimo di 7,7 della Campania al massimo di 9 milioni della P.a. di Bolzano, con una tendenza di carattere generale che vede i medici dipendenti del Ssn meglio retribuiti al Nord.
Naturalmente è la quota variabile quella soggetta alle maggiori oscillazioni. Se in Calabria, Sardegna ed Abruzzo non raggiunge il 6,0% della retribuzione – ed in Basilicata rappresenta solo il 3,3% nelle regioni del Nord tale quota aumenta considerevolmente e determina un significativo differenziale a livello di retribuzione complessiva (la quota variabile raggiunge l'85% in Alto Adige il che spiega la maggiore remunerazione complessiva garantita ai medici nella Provincia).
In ogni caso al Nord – con l'unica esclusione della Liguria – le quote di salario variabile superano sempre la media nazionale pari al 10,8%, al contrario di quanto avviene al Sud ed in tre regioni del Centro (Toscana, Umbria e Lazio).
Inoltre i dirigenti non medici, il cui salario medio è, a livello nazionale, di 5,8 milioni, percepiscono una quota di salario variabile più elevata dei medici in quasi tutte le regioni con l'esclusione di P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Marche, Basilicata e Sardegna.
Il restante personale, che comprende gli infermieri, ha una retribuzione media mensile lorda di circa 3 milioni, piuttosto omogenea in tutte le regioni (supera i 3 milioni solo in 5 regioni, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Umbria, Toscana e Campania). Anche in questo caso la quota variabile è più diversificata a livello regionale: si va da una quota del 25% della P.A. di Bolzano al 3,3% della Sardegna.
Inoltre va segnalato come nella composizione della quota variabile, gli straordinari abbiano perso di importanza economica a favore delle diverse forme di incentivo (tav. 2.10.3.).
Sono queste ultime, decisamente più alte per medici ed altri dirigenti del Ssn,

peraltro, a variare in modo più consistente tra il Sud ed il Nord del Paese dove raggiungono, tendenzialmente, i valori più elevati.

2.11. Le funzioni del Ssn: la medicina di base

La medicina di base è garantita sul territorio dalla rete dei medici di medicina generale e dai pediatri di base con una copertura, a livello nazionale, di 1.034 abitanti adulti per medico di base e di 1.261 bambini (in età pediatrica 0-14 anni) per pediatra di famiglia (tav. 2.11.1.).
Con riferimento ai medici di base, si rileva che la situazione migliore è presente nel Lazio, dove il numero di residenti adulti per medico raggiunge il minimo di 923, seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (935), dalla Basilicata, con 962 abitanti per medico, e dalla Calabria (974). In tutte altre regioni italiane il rapporto supera i 1.000 abitanti per ogni medico di famiglia con la punta massima della Provincia Autonoma di Bolzano che ha quasi 1.800 adulti residenti per medico.
Per la pediatria di base, che, come abbiamo rilevato, evidenzia a livello nazionale una copertura meno fitta della medicina di base, le situazioni migliori si rilevano, nell'ordine, in Liguria, nella Provincia Autonoma di Trento e in Emilia Romagna che hanno meno di 1.000 bambini per pediatra (rispettivamente, 932, 937 e 942 bambini per pediatra). Si tratta, infatti, di regioni a basso indice di natalità e ad elevato indice di vecchiaia e che, pertanto, presentano una domanda inferiore ad altre aree territoriali nell'ambito della pediatria di base. Le situazioni più problematiche si evidenziano, invece, nella Provincia Autonoma di Bolzano, con oltre 2.300 bambini per pediatra, e in Campania (1.979) che rappresentano, tuttavia, casi abbastanza isolati nel panorama generale che vede in tutte le altre regioni l'offerta in pediatria di base oscillare fra i 1.000 e i 1.500 bambini circa per medico. Secondo i dati del Ministero della Sanità (1997), il numero medio di ricette per abitante, che rappresenta un indicatore indiretto dell'induzione di spesa, a livello nazionale è pari a 5,0. Questo valore medio nazionale presenta una certa variabilità a livello regionale e oscilla dal minimo di 3,6 ricette per residente della Provincia Autonoma di Bolzano al massimo di 6,3 della Campania, con solo un'altra regione, la Sicilia, che supera le 6 ricette in media per abitante. L'importo medio per ricetta, è pari, a livello nazionale, a 43.900 lire. Solo in tre regioni l'importo si mantiene al di sotto delle 40.000 in media per ricetta – l'Emilia Romagna (37.300 lire), la Sardegna (38.500 lire) e le Marche (39.400 lire), mentre arriva a sfiorare le 50.000 lire in Lombardia e in Liguria in cui si registra un importo medio pari per la prima a 49.200 e per la seconda a 48.800 lire.

2.12. La spesa farmaceutica convenzionata 1997 e 1999

L'analisi della spesa farmaceutica del Ssn evidenzia una situazione di profonda differenziazione tra le regioni. I dati del Ministero della Sanità relativi al 1997 fanno riferimento ad un volume di spesa pubblica al netto del ticket di oltre 12.000 miliardi, pari a 210.000 lire pro-capite (tav. 2.12.1).
La quota di spesa farmaceutica pro-capite al netto del ticket più elevata si riscontra in Campania dove supera le 250.000 lire, e subito dopo in Liguria (249.000 lire). La spesa pro-capite meno elevata (134.000 lire) si riscontra invece in provincia di Bolzano. In generale i valori fatti registrare nelle regioni del Nord appaiono

meno elevati, dove, con l'esclusione del già citato picco della Liguria, i livelli di spesa netta pro-capite si mantengono sempre inferiori al valore medio pro-capite nazionale.

Se si considera la spesa al lordo del ticket, la cifra complessiva che evidenzia l'ammontare che fa capo al Ssn supera leggermente i 14.000 miliardi.

Ancora una volta Campania e Liguria fanno registrare i valori più elevati (rispettivamente 290.000 e 289.000), a fronte di una media nazionale di 245.000, mentre il più basso ammontare di spesa lorda pro-capite si rileva di nuovo nella P.A. di Bolzano (157.000).

In considerazione del fatto che il dato di spesa può essere distorto dalla diversa composizione per età della popolazione, il confronto tra le diverse spese pro-capite regionali e lo scostamento dalla media nazionale può essere più correttamente effettuato utilizzando una popolazione pesata al fine di eliminare dal confronto la distorsione derivante dalle diverse strutture per età che caratterizzano le diverse regioni.

Considerando la spesa netta pro-capite pesata, cambiano alcune delle posizioni nella graduatoria tra le regioni basata sul diverso ammontare della spesa pro-capite farmaceutica. La Campania mantiene la prima posizione (285.000 lire) ma la Liguria passa dalla seconda alla settima posizione con 215.000 lire di spesa farmaceutica netta a carico del Ssn per abitante. In seconda posizione si trova invece la Sicilia (con 243.000 lire) subito seguita dal Lazio. Mentre nella graduatoria della spesa pro-capite "effettiva" (ottenuta semplicemente rapportando il volume della spesa farmaceutica alla popolazione senza effettuare l'operazione di ponderazione sulla base della diversa struttura per età) la Sicilia si trovava in una posizione diversa (la quinta) il Lazio mantiene inalterata la terza posizione. Anche nella graduatoria regionale basata sulla popolazione pesata la provincia di Bolzano risulta quella con una spesa farmaceutica netta pro-capite inferiore a tutte le altre.

Qualche spostamento in graduatoria si registra anche considerando la spesa lorda pro-capite calcolata sulla popolazione pesata. Alla prima posizione confermata della Campania (con una valore pari a 329.000 lire) si affianca la Sicilia in posizione più bassa nella graduatoria precedente.

L'incidenza percentuale del ticket risulta pari, a livello nazionale al 10,4%, anche in questo caso, con significative oscillazioni tra le regioni. In particolare, la Campania, nonostante il consistente livello di spesa, che la pone in prima posizione nella graduatoria della spesa farmaceutica pro-capite, fa rilevare un'incidenza del ticket tra le più basse riscontrabili a livello nazionale (9,4% contro il valore minimo del 9,2% registrato in Puglia).

L'incidenza percentuale del ticket sulla spesa farmaceutica lorda risulta invece più elevata in Emilia Romagna (12% su un totale di 907 miliardi circa), evidenziando, tra l'altro, una maggiore incidenza di spesa a carico delle famiglie pur nell'ambito dell'assistenza farmaceutica garantita dal Ssn.

L'analisi della distribuzione regionale della spesa farmaceutica pubblica evidenzia che, nel 1999, essa è aumentata in tutta Italia con variazioni che vanno dal minimo del 7,7% registrato in Campania al massimo del 23,7% della Provincia Autonoma di Bolzano. Per solo sei regioni, inoltre, l'aumento risulta inferiore o uguale al 10%. Più in particolare, al nord gli incrementi più bassi si rilevano nella Provincia Autonoma di Trento (9,4%) e in Liguria (9,8%), al centro nelle Marche (7,9%) e al sud in Campania (7,7%) e in Calabria (8,5%).

Con riferimento alle indicazioni del Fondo Sanitario Nazionale emerge, tuttavia, un andamento più "virtuoso" della spesa farmaceutica netta nelle regioni del

nord. Infatti, le Province Autonome di Trento e di Bolzano (rispettivamente con -13,4% e -6,8%), il Friuli Venezia Giulia (-10,5%), l'Emilia Romagna (-3,6%), la Valle d'Aosta (-2,6%) e il Veneto (-1,4%) sono le uniche regioni in cui tale spesa si è mantenuta al di sotto del "tetto indicativo", mentre gli "sfondamenti" più consistenti si registrano, nell'ordine, in Campania (+47,2%), in Sicilia (+35,3%) e nel Lazio (30,0%). Da sottolineare in proposito il fatto che l'83,7% dello sfondamento è imputabile a cinque regioni e cioè Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Calabria. Per quanto riguarda l'analisi della spesa netta pro capite si rileva che, rispetto alla media nazionale di 255.117 lire, persistono notevoli differenze tra una regione e l'altra con picchi di 294.345 lire in Liguria e livelli minimi pari a 190.952 lire in Trentino Alto Adige. Da rilevare infine un dato anomalo in alcune regioni per quanto concerne il rapporto tra la spesa farmaceutica lorda a carico del Ssn e il valore in prezzo al pubblico dei farmaci in classe "a" e "b" acquistati dalle farmacie. A parte il caso paradossale del Lazio dove, a fronte di 1.733,7 miliardi di spesa farmaceutica pubblica risulta un valore in prezzo al pubblico dei farmaci in classe "a" e "b" di 1.654,1 miliardi, almeno in altre tre regioni (Molise, Basilicata e Campania) il rapporto tra spesa e valore del prezzo al pubblico è più elevato di quello rilevato in media nelle altre regioni italiane e molte vicino all'unità. Ciò rappresenta un'anomalia considerando che circa il 30% dei farmaci nelle due classi considerate è soggetto a note prescrittive che ne limitano l'erogazione gratuita e che in tutte le regioni è comunque presente una quota significativa di prescrizioni al di fuori del Ssn per le quali il cittadino paga direttamente il farmaco. Il perché di tale anomalia non ha una spiegazione ufficiale. Si possono pertanto ipotizzare la co-presenza di alcuni fattori: inserimento nel capitolo della spesa farmaceutica pubblica di altri prodotti sanitari non farmaceutici (ad esempio pannoloni per incontinenza e affini); scarsi controlli intrecciati tra fustelle e prescrizioni ed infine il possibile persistere di fenomeni di truffa già registrati negli anni scorsi a seguito di episodi di inserimento di fustelle false o riciclate sul mercato.

home

TAVOLA 2.1.1. 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	2.081.305	2.211.479	4.292.784	166,6	45,9	11,5	8,1
Valle d'Aosta	59.070	60.347	119.417	144,7	44,0	10,6	8,5
Lombardia	4.347.702	4.626.109	8.973.811	129,7	42,1	9,6	9,0
p.a. Bolzano	224.379	231.471	455.850	88,4	46,9	7,8	12,3
p.a. Trento	226.882	238.773	465.655	122,4	47,5	9,7	10,3
Veneto	2.171.128	2.289.847	4.460.975	131,3	43,6	9,5	9,2
Friuli Venezia Giulia	567.321	618.128	1.185.449	188,3	46,7	12,3	7,5
Liguria	780.545	865.735	1.646.280	232,3	51,7	13,5	6,7
Emilia Romagna	1.907.372	2.035.141	3.942.513	199,2	48,1	11,7	7,6
Toscana	1.698.451	1.827.536	3.525.987	186,4	48,9	11,7	7,6
Umbria	402.811	428.004	830.815	172,9	51,3	11,0	7,7
Marche	704.559	744.684	1.449.243	160,3	50,7	10,6	8,3
Lazio	2.525.491	2.704.448	5.229.939	114,4	43,9	9,3	9,0
Abruzzo	621.084	653.769	1.274.853	124,6	51,2	10,2	8,9
Molise	161.090	169.205	330.295	125,2	53,8	11,0	8,7
Campania	2.827.103	2.964.023	5.791.126	64,0	48,9	8,1	12,4
Puglia	1.992.474	2.096.409	4.088.883	79,4	47,7	7,9	10,9
Basilicata	300.351	308.744	609.095	96,0	51,2	9,0	10,0
Calabria	1.020.238	1.052.337	2.072.575	83,3	51,2	8,7	10,4
Sicilia	2.483.161	2.621.274	5.104.435	81,6	51,2	9,2	11,3
Sardegna	819.455	842.738	1.662.192	92,3	42,6	8,2	8,3
Italia	**27.921.971**	**29.590.195**	**57.512.166**	**118,0**	**46,8**	**9,8**	**9,4**

Regioni	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età fconda (f)	Numero medio di componenti la famiglia (g)	Tasso migratorio h)	Popolazione 0-14 anni % su totale	Popolazione 15-64 anni % su totale	Popolazione > 64 anni % su totale
Piemonte	19,0	2,4	2,8	11,8	68,5	19,7
Valle d'Aosta	19,9	2,3	5,4	12,5	69,4	18,1
Lombardia	20,0	2,5	3,9	12,9	70,4	16,7
p.a. Bolzano	26,4	2,8	2,2	16,9	68,1	15,0
p.a. Trento	23,6	2,5	4,8	14,5	67,8	17,7
Veneto	20,2	2,7	4,0	13,1	69,6	17,2
Friuli Venezia Giulia	17,9	2,4	3,5	11,0	68,2	20,8
Liguria	17,9	2,2	1,3	10,3	65,9	23,8
Emilia Romagna	18,2	2,5	6,4	10,8	67,5	21,6
Toscana	18,4	2,6	4,9	11,5	67,1	21,4
Umbria	19,6	2,7	5,4	12,4	66,1	21,5
Marche	20,2	2,7	4,6	12,9	66,3	20,7
Lazio	21,0	2,6	5,2	14,2	69,5	16,3
Abruzzo	22,2	2,8	3,1	15,1	66,1	18,8
Molise	22,3	2,7	-0,1	15,5	65,0	19,4
Campania	28,1	3,1	-2,3	20,0	67,2	12,8
Puglia	24,8	3,0	-2,3	18,0	67,7	14,3
Basilicata	23,9	2,9	3,1	17,3	66,1	16,6
Calabria	25,0	2,9	-3,2	18,5	66,2	15,4
Sicilia	27,0	2,8	-0,6	18,6	66,1	15,2
Sardegna	19,2	2,9	-1,0	15,5	70,1	14,3
Italia	**22,0**	**2,7**	**2,2**	**14,6**	**68,1**	**17,3**

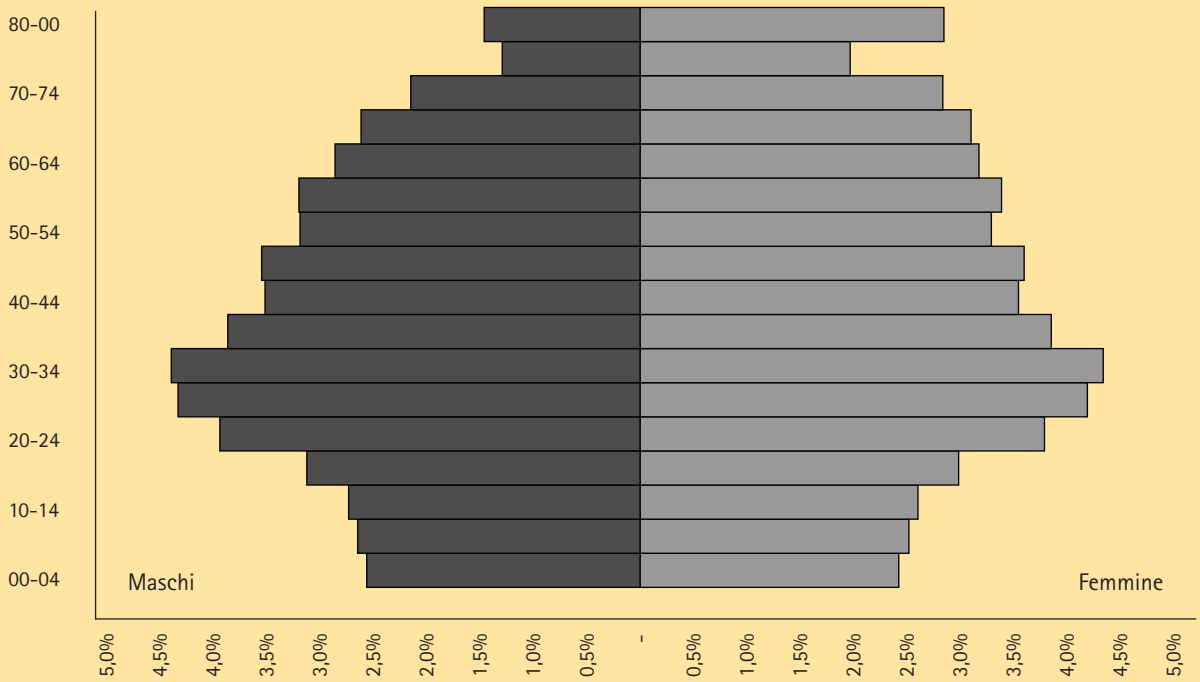
Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Popolazione residente >64 anni più popolazione <15 anni diviso popolazione 15-64 anni (x 100)
(d) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(e) Nati nell'anno diviso popolazione totale residente (x1.000)
(f) Bimbi residenti <5 anni diviso donne in età feconda (15-44 anni)(x 100)
(g) Popolazione residente diviso numero delle famiglie residenti
(h) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

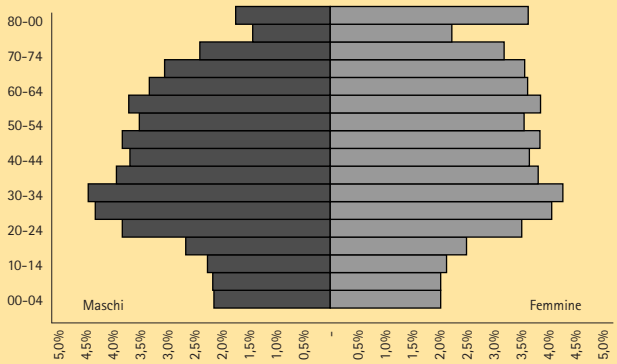
GRAFICO 2.1 Piramidi della popolazione per classi di età e sesso 1997 – Composizione percentuale su totale popolazione regionale

home

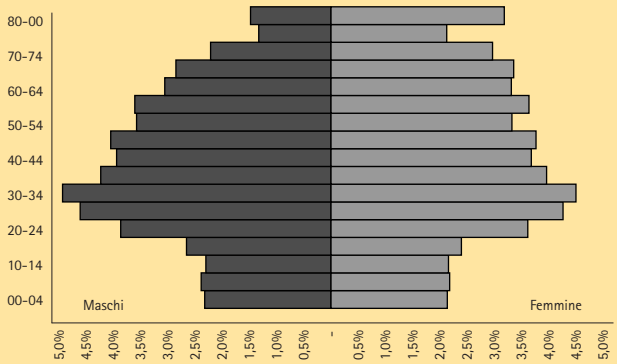
Italia



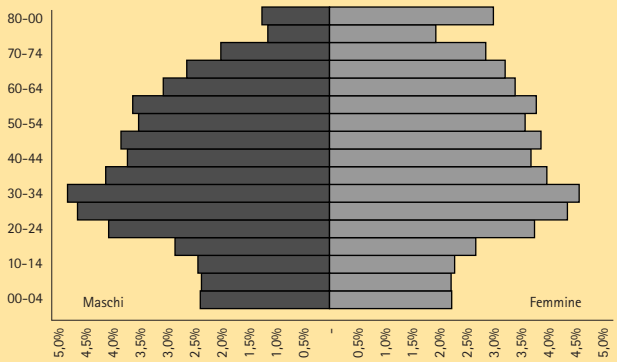
Piemonte



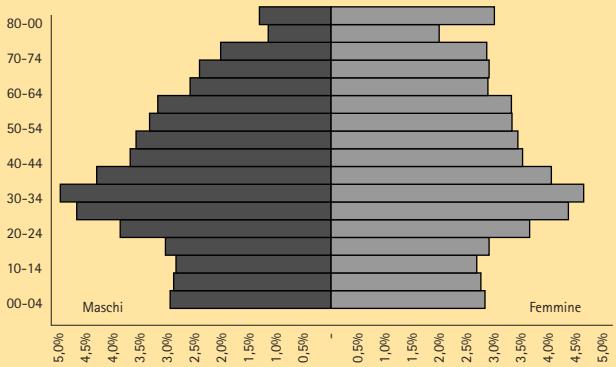
Valle d'Aosta



Lombardia



Trentino Alto Adige

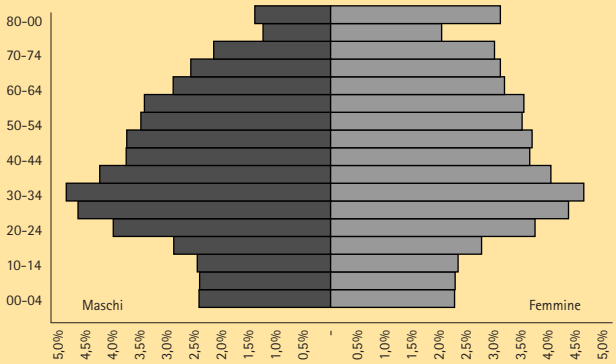


Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat (popolazione stimata)

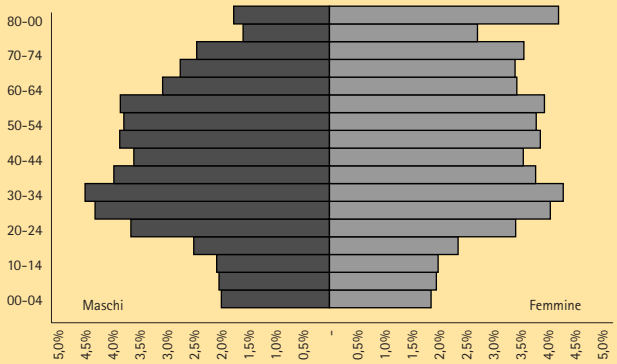
segue GRAFICO 2.1 Piramidi della popolazione per classi di età e sesso 1997

home

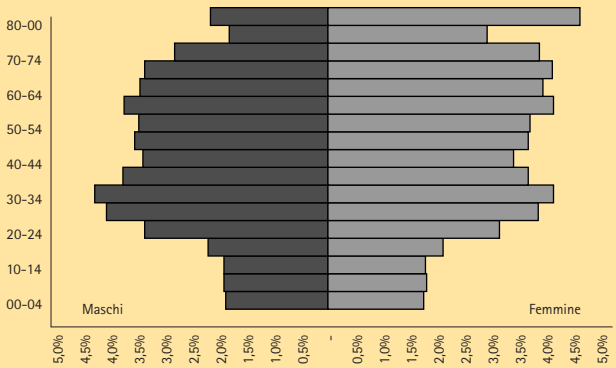
Veneto



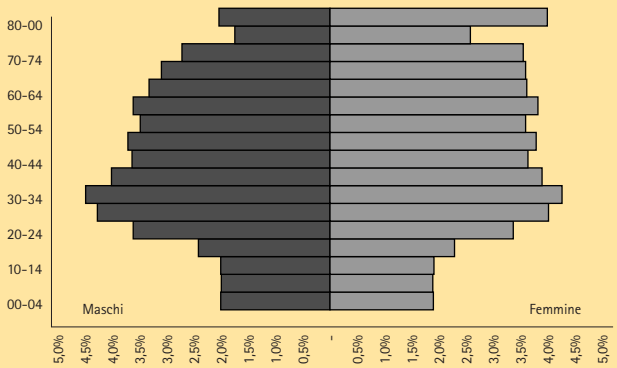
Friuli Venezia Giulia



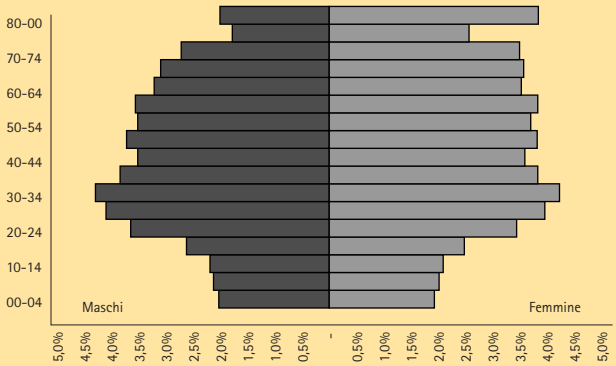
Liguria



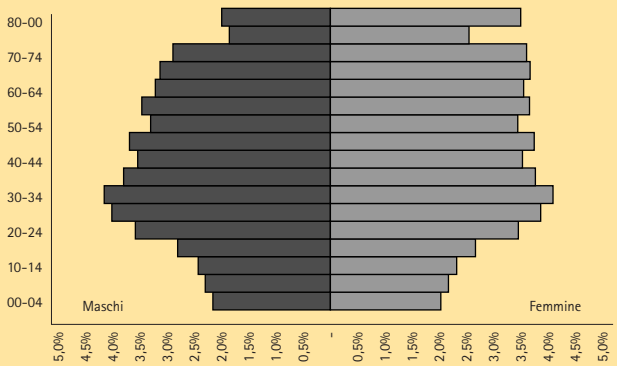
Emilia Romagna



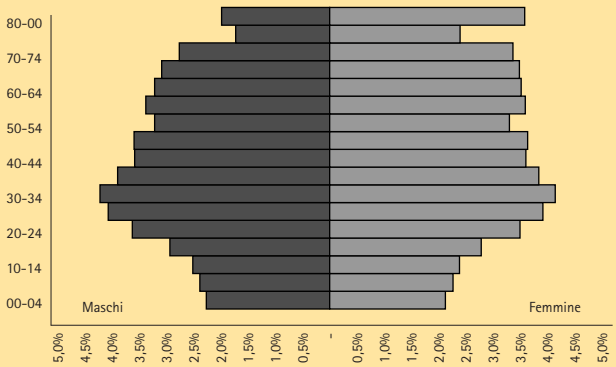
Toscana



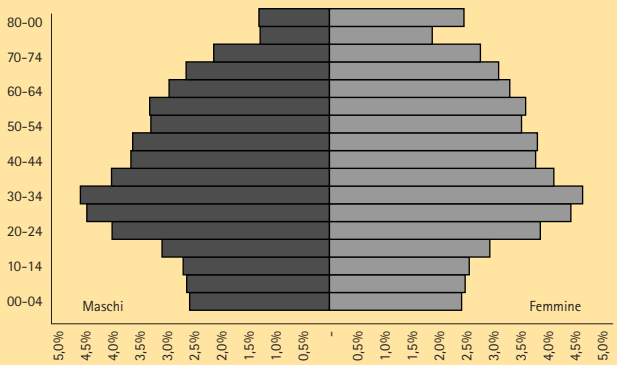
Umbria



Marche



Lazio

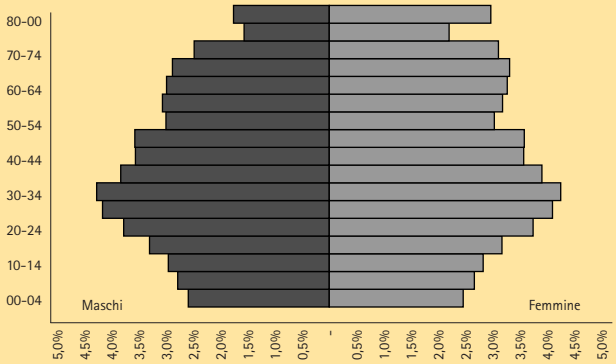


Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat (popolazione stimata)

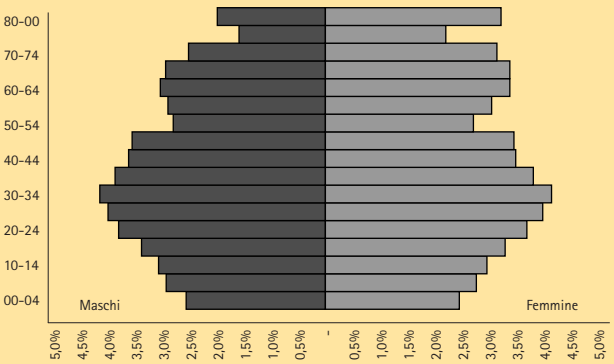
segue GRAFICO 2.1 Piramidi della popolazione per classi di età e sesso 1997

home

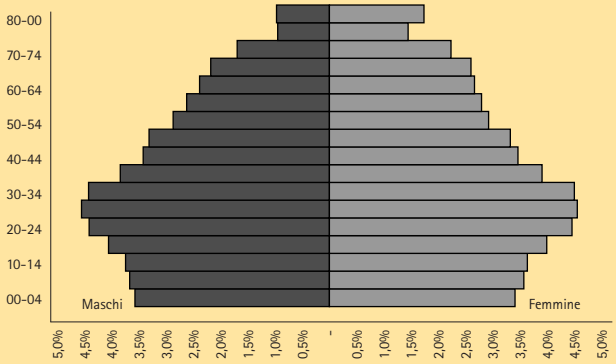
Abruzzo



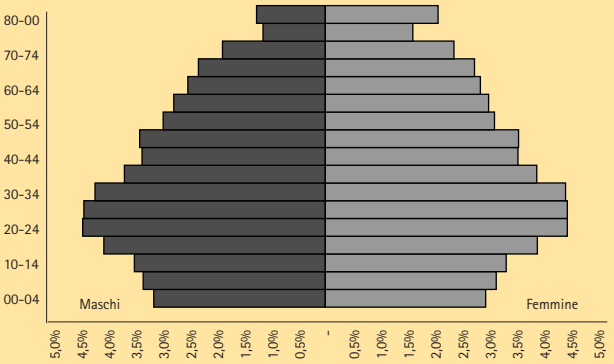
Molise



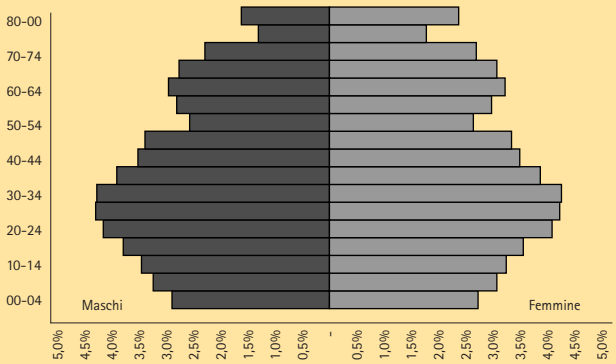
Campania



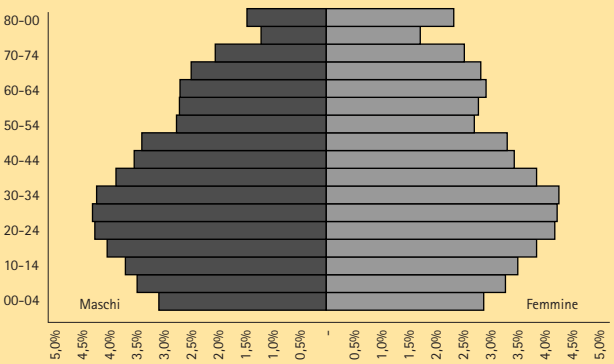
Puglia



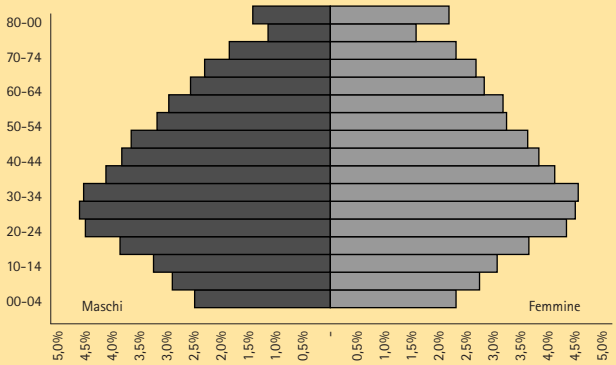
Basilicata



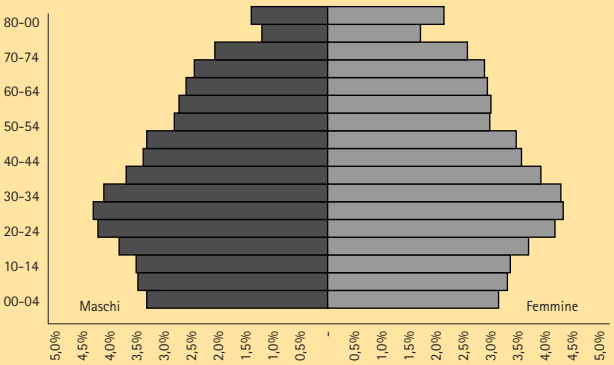
Calabria



Sardegna



Sicilia

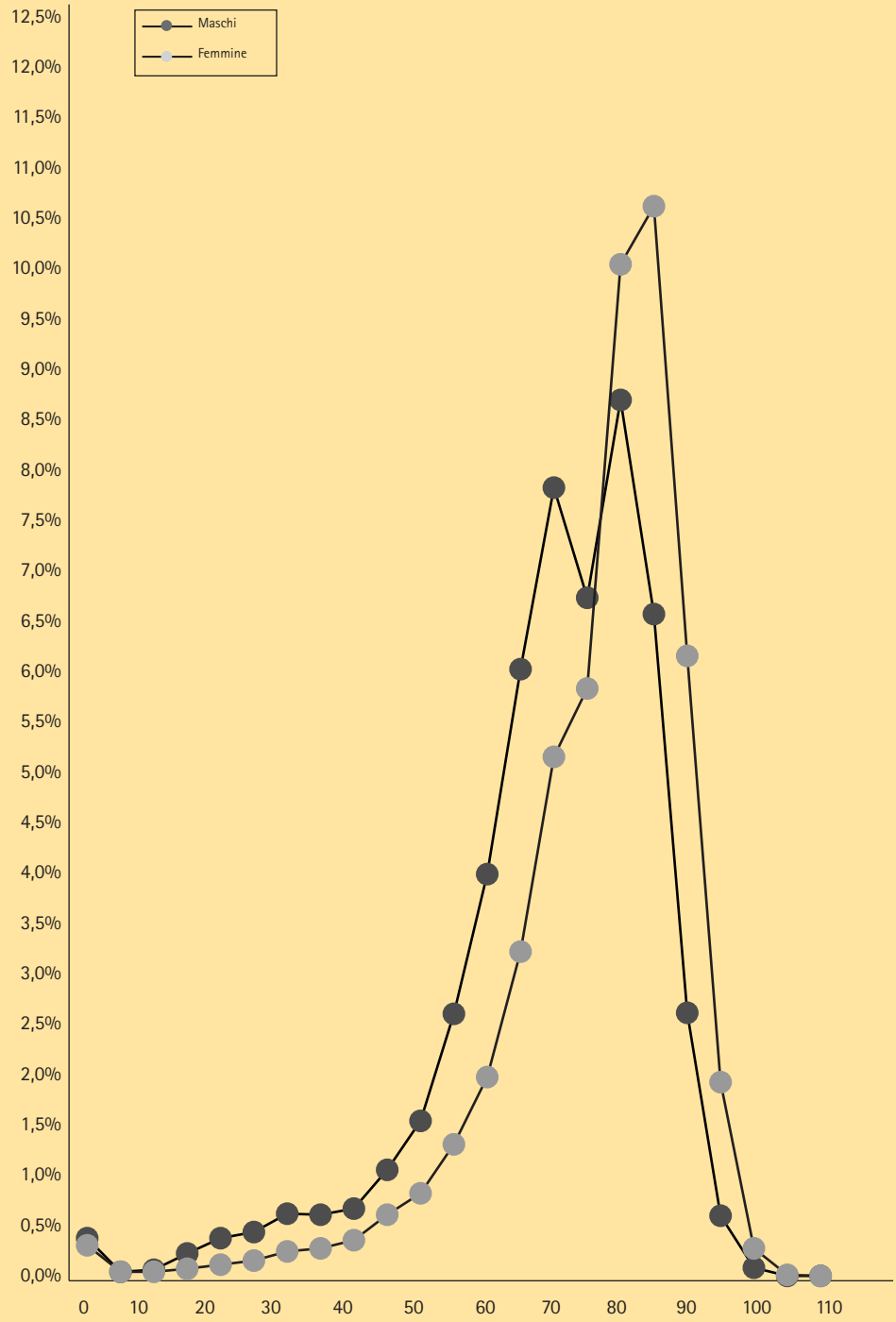


Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat (popolazione stimata)

GRAFICO 2.2 Composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso 1995-97

home

Italia

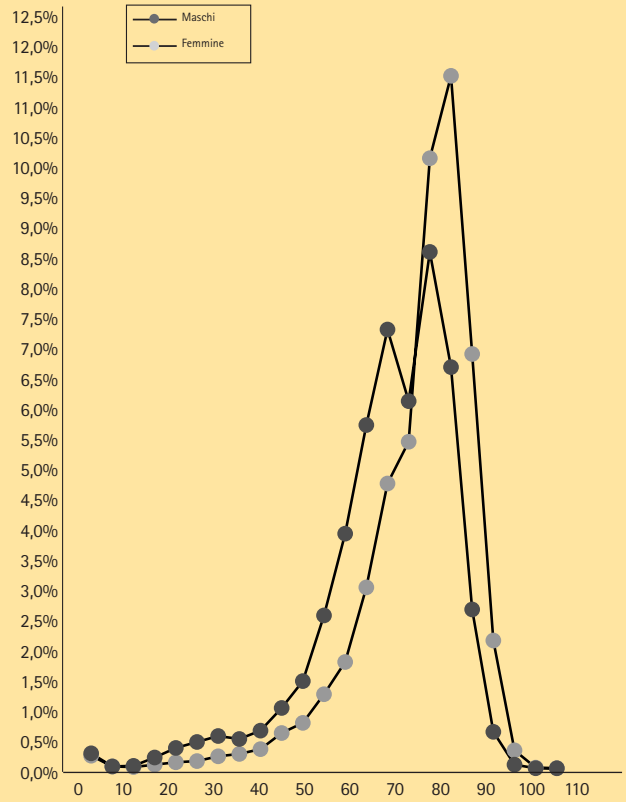


Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

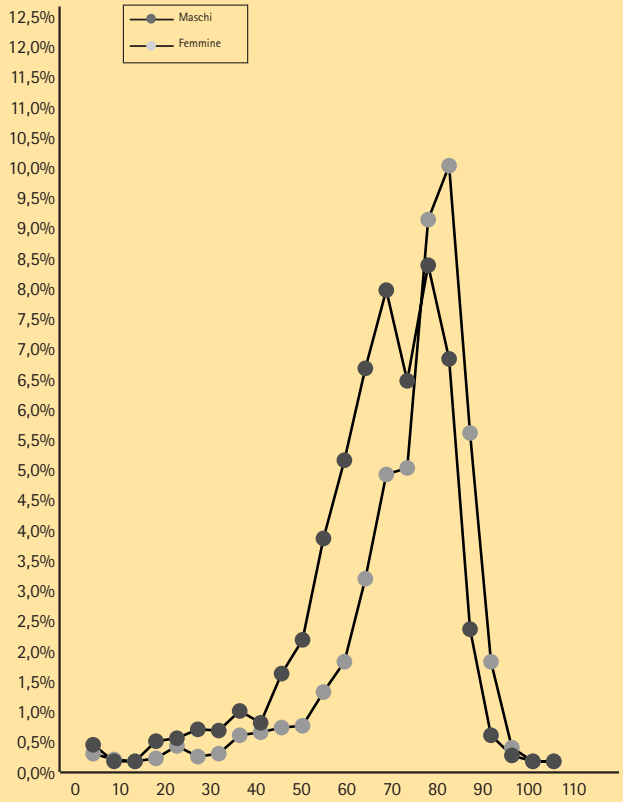
Segue GRAFICO 2.2 Composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso 1995-97

home

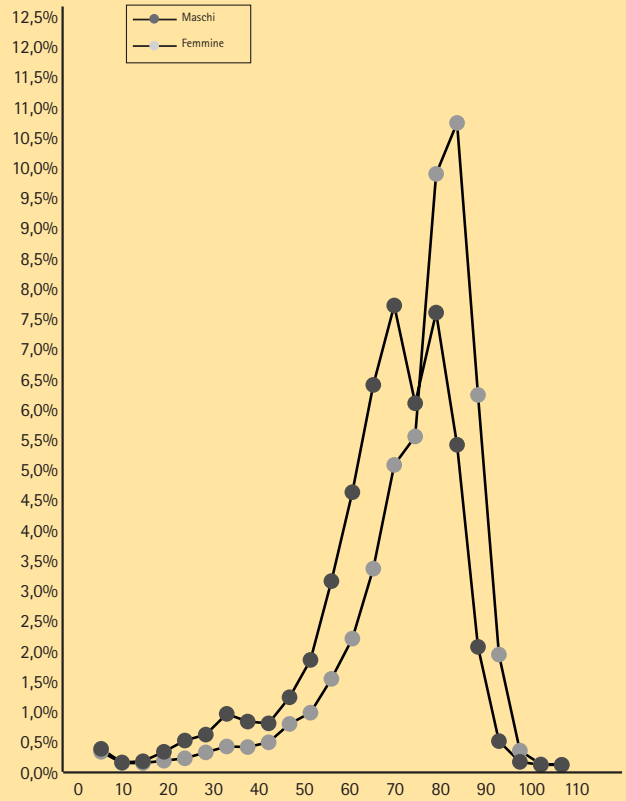
Piemonte



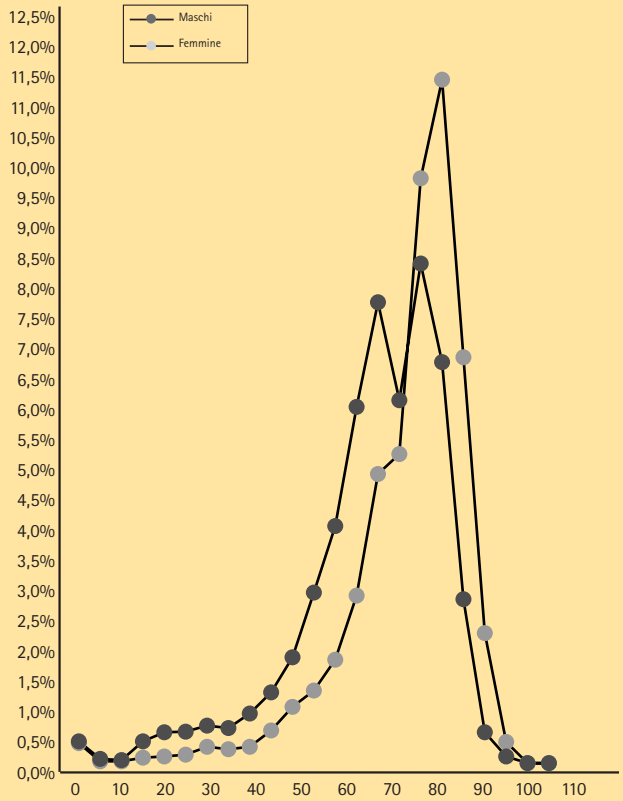
Valle d'Aosta



Lombardia



Trentino Alto Adige

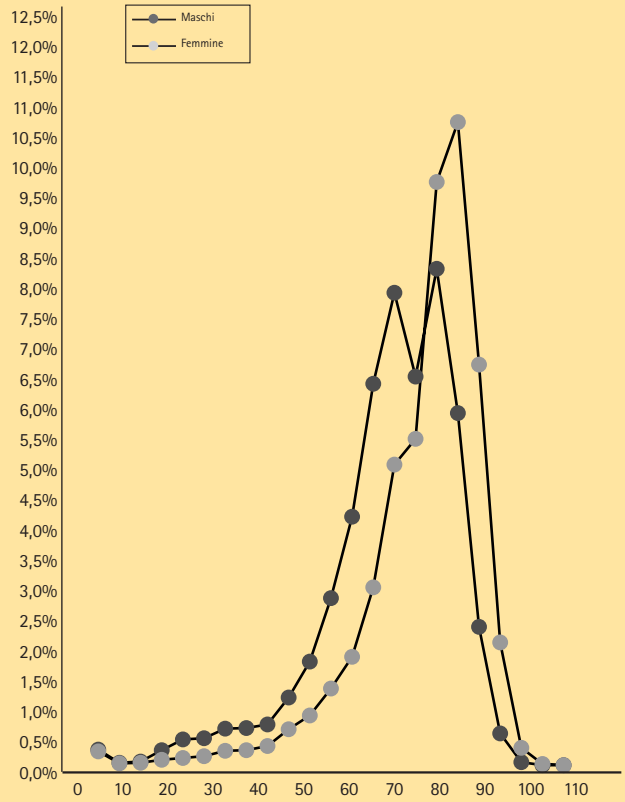


Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

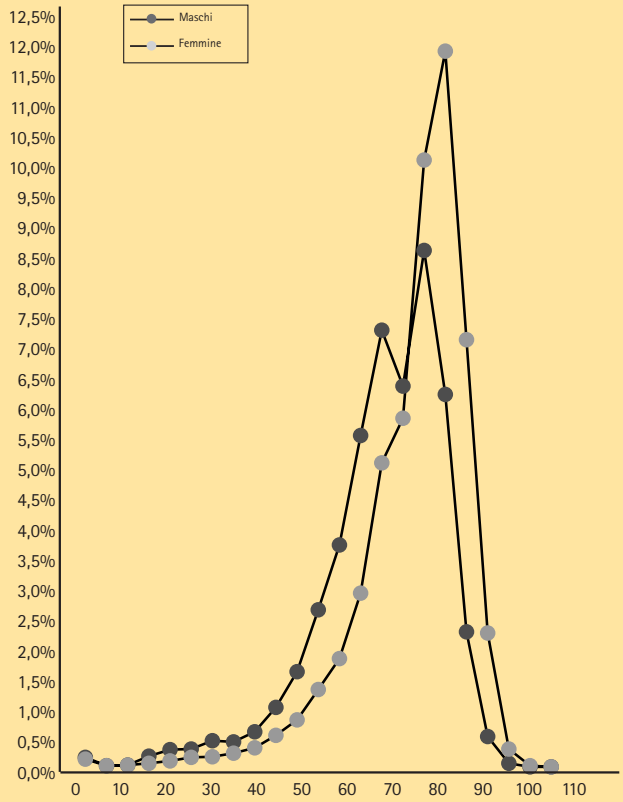
Segue GRAFICO 2.2 Composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso 1995-97

home

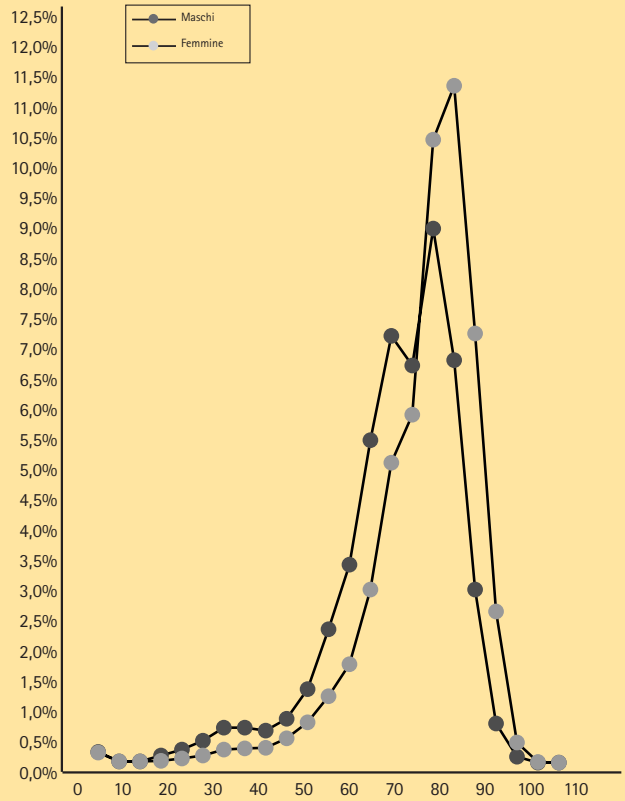
Veneto



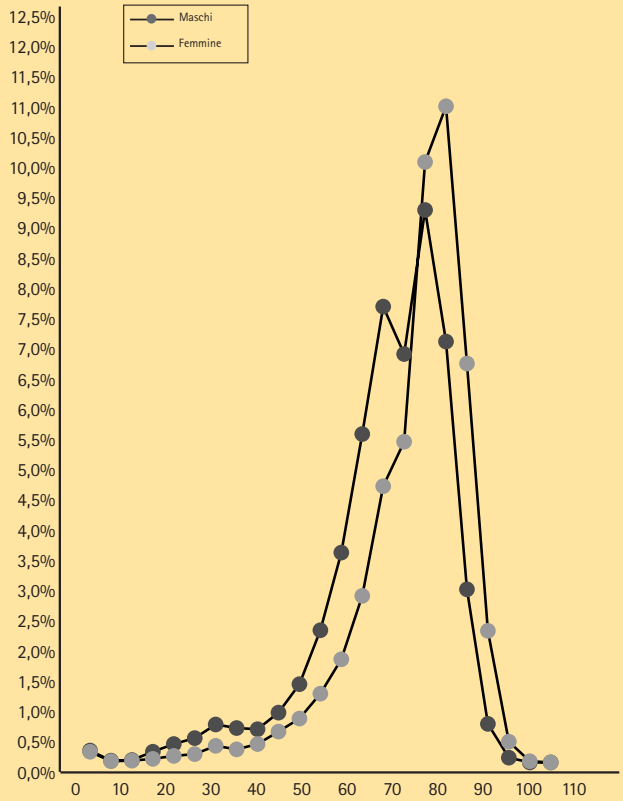
Friuli Venezia Giulia



Liguria



Emilia Romagna

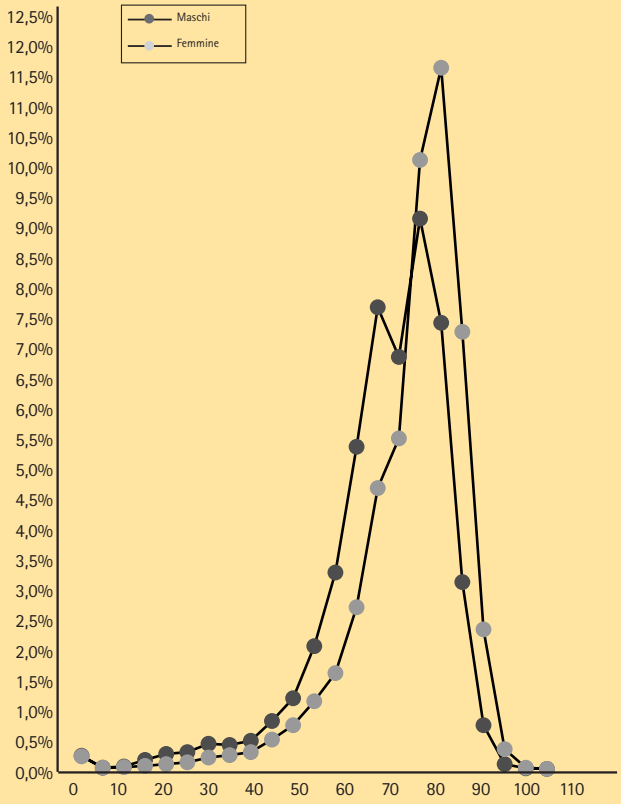


Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

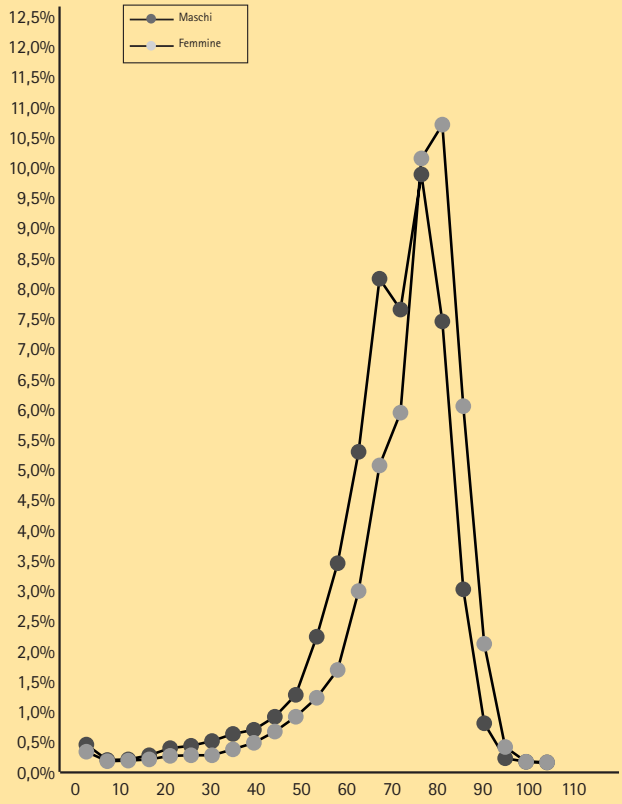
Segue GRAFICO 2.2 Composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso 1995-97

home

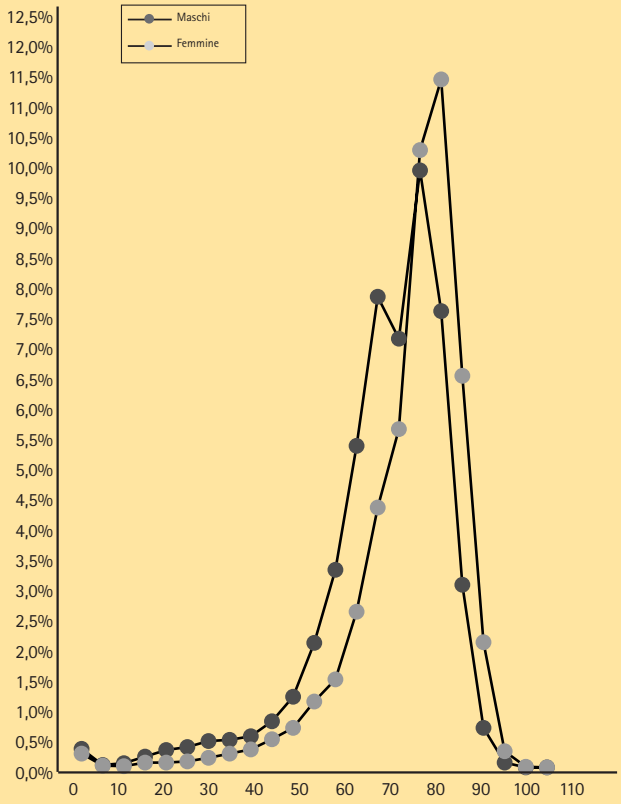
Toscana



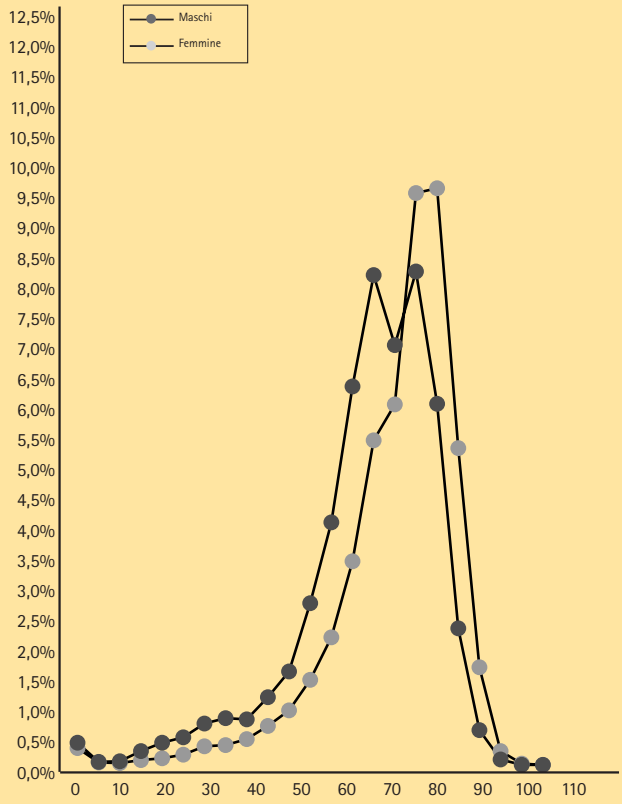
Umbria



Marche



Lazio

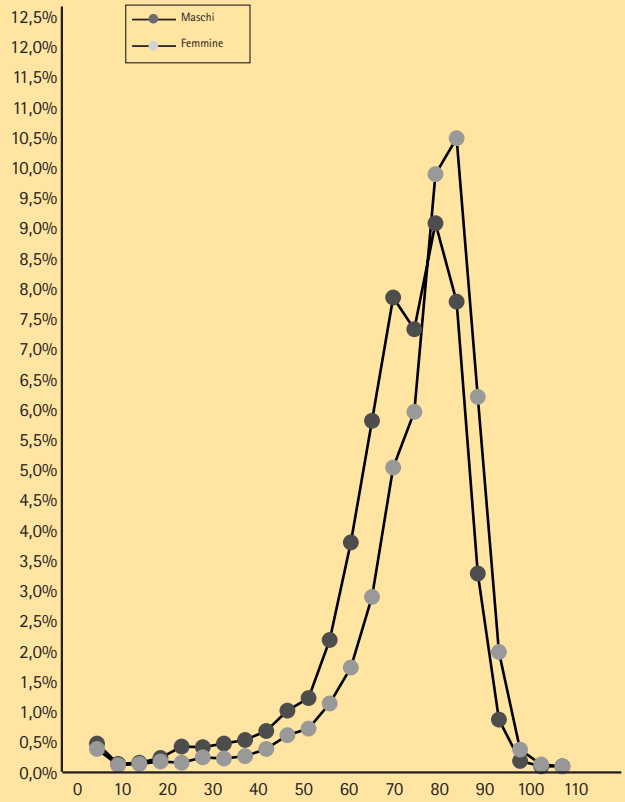


Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

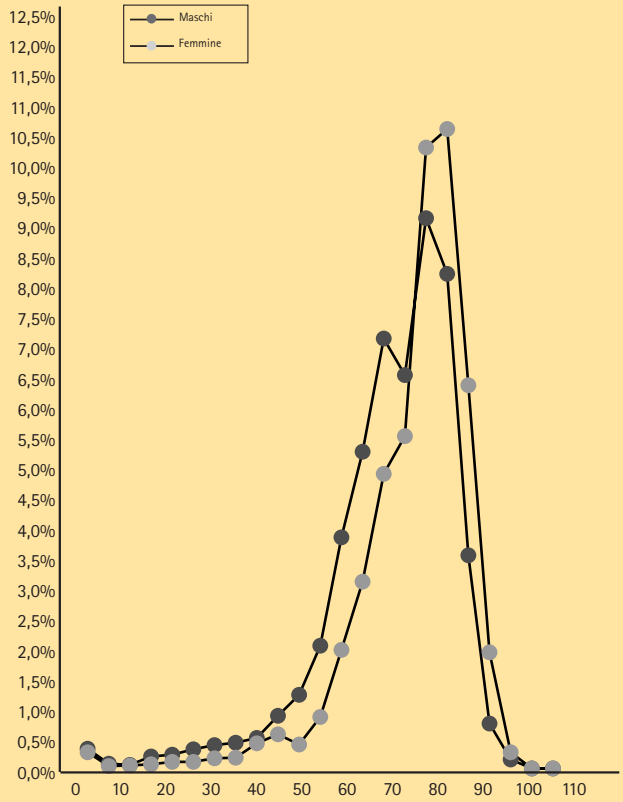
Segue GRAFICO 2.2 Composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso 1995-97

home

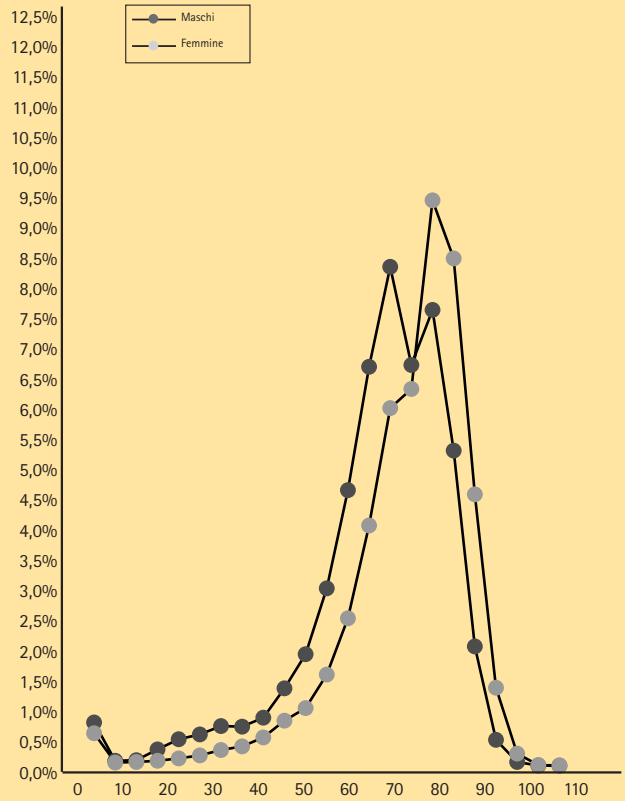
Abruzzo



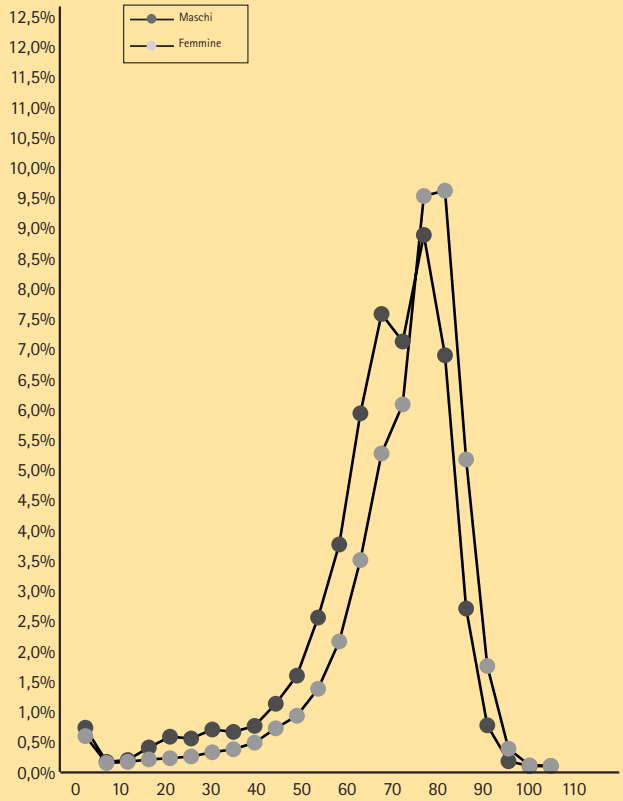
Molise



Campania



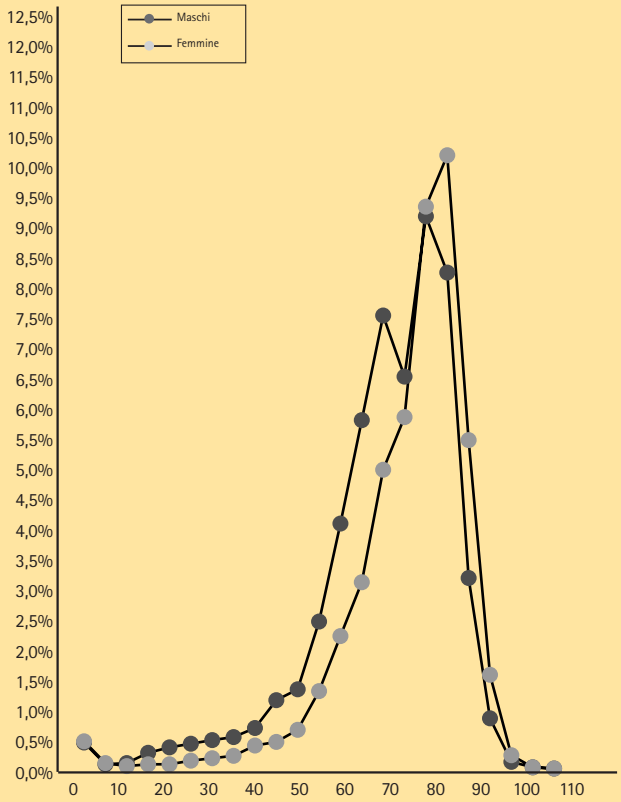
Puglia



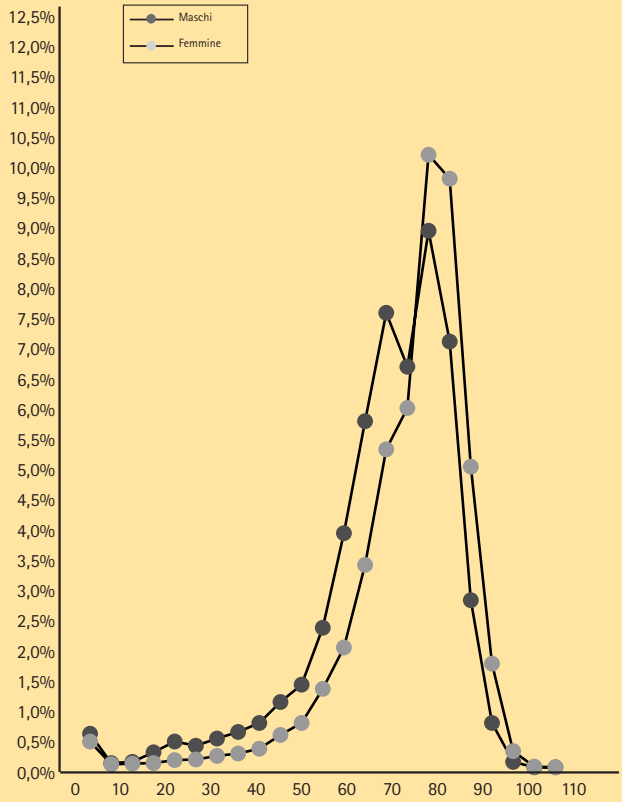
Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

Segue GRAFICO 2.2 Composizione percentuale dei decessi per classi di età e sesso 1995-97

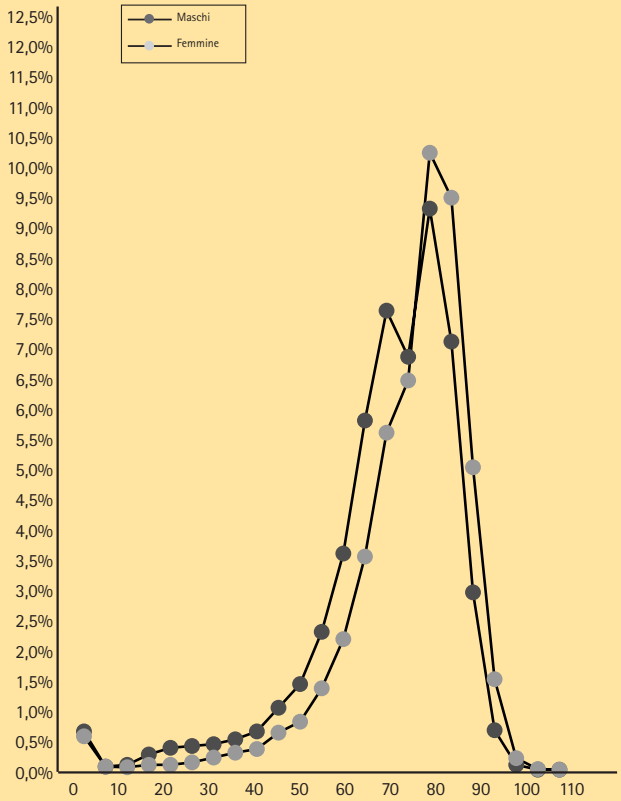
Basilicata



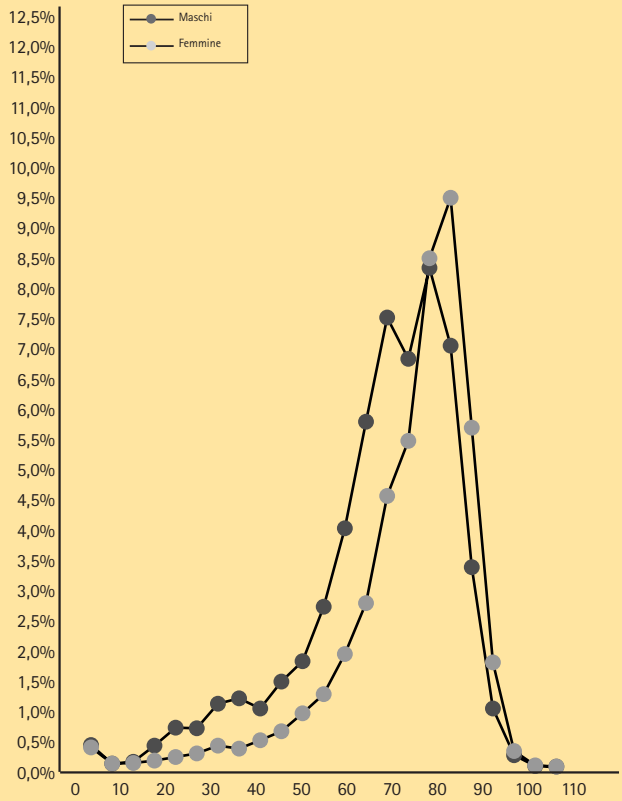
Calabria



Sicilia



Sardegna



Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

home

TAVOLA 2.2.1. Contesto economico

Regioni	Tasso di disoccupazione Maschi (a)	Femmine (b)	Totale (c)	Tasso di attivita' (d)	Valore aggiunto pro-capite milioni di lire	Depositi bancari pro-capite milioni di lire	Imponibile medio per contribuente milioni di lire (e)	Imponibile medio per residente milioni di lire (f)
Piemonte	5,2	12,7	8,3	48,9	36,5	20,4	22,4	16,8
Valle d'Aosta	3,9	7,4	5,3	52,4	40,4	25,1	22,5	17,4
Lombardia	3,8	8,9	5,8	50,3	40,8	25,2	25,0	17,9
p.a. Bolzano	2,1	3,4	2,6	56,6	41,3	25,5	23,3	15,7
p.a. Trento	3,4	7,6	5,0	49,3	36,8	24,8	22,1	15,8
Veneto	3,2	8,1	5,1	50,2	38,2	19,3	21,6	15,4
Friuli Venezia Giulia	3,9	10,5	6,6	47,0	38,7	19,5	21,4	17,5
Liguria	7,4	15,5	10,6	43,7	36,8	19,3	21,9	16,7
Emilia Romagna	3,3	9,2	5,8	51,1	40,8	23,5	22,7	17,6
Toscana	5,0	12,6	8,1	47,1	34,0	21,0	21,5	16,0
Umbria	4,9	14,1	8,6	44,8	30,0	16,0	19,6	13,6
Marche	4,2	11,6	7,2	48,0	32,7	17,8	19,5	13,8
Lazio	9,1	16,4	11,9	46,8	35,2	18,7	24,8	15,0
Abruzzo	6,2	13,8	9,0	45,1	27,6	12,5	18,0	11,3
Molise	12,0	23,3	16,2	45,3	24,3	10,0	16,1	9,8
Campania	20,0	33,9	24,6	43,3	20,3	11,0	18,8	8,1
Puglia	14,9	27,1	18,7	41,8	21,5	11,7	17,7	8,8
Basilicata	13,5	27,8	18,6	42,7	21,3	11,2	16,1	8,6
Calabria	18,3	32,2	23,1	41,3	18,5	8,6	16,9	7,5
Sicillia	19,4	33,0	23,4	40,8	20,5	10,1	17,8	8,5
Sardegna	14,8	30,1	20,0	44,5	22,3	11,2	19,4	9,9
Italia	**9,0**	**16,2**	**11,7**	**46,6**	**31,6**	**17,6**	**21.6**	**13.6**

Regioni	Spesa media mensile per famiglia in lire: Consumi alimentari	Consumi non alimentari	Totale consumi	Energia elettr. uso domestico pro-capite (kwh)	Energia elettr. uso industriale pro-capite (kwh)
Piemonte	758.361	3.141.603	3.899.965	897,4	3.422,7
Valle d'Aosta	700.576	3.418.091	4.118.667	1092,0	5.326,6
Lombardia	820.280	3.929.532	4.749.813	902,7	4.031,0
p.a. Bolzano	720.698	3.645.458	4.366.156	835,6	1.830,0
p.a. Trento	720.698	3.645.458	4.366.156	872,6	2.497,9
Veneto	748.107	3.806.215	4.554.322	866,8	3.684,2
Friuli Venezia Giulia	650.779	2.942.065	3.592.844	942,0	4078,4
Liguria	774.834	2.721.078	3.495.911	874,4	2117,2
Emilia Romagna	748.208	3.724.494	4.472.701	913,0	3143,9
Toscana	787.282	3.093.817	3.881.100	938,9	3214,0
Umbria	754.386	3.188.547	3.942.933	856,2	4494,1
Marche	841.381	3.281.916	4.123.297	781,3	2411,2
Lazio	820.341	3.109.305	3.929.646	1021,9	1568,0
Abruzzo	748.337	3.012.637	3.760.974	754,0	3049,9
Molise	756.619	2.550.097	3.306.716	691,6	2435,8
Campania	800.528	2.428.185	3.228.713	851,1	1388,5
Puglia	804.346	2.843.123	3.647.469	819,6	1365,4
Basilicata	699.679	2.242.685	2.942.364	683,6	2400,7
Calabria	777.844	2.470.329	3.248.173	821,7	1134,0
Sicillia	711.787	2.117.392	2.829.178	948,2	1363,7
Sardegna	776.290	2.919.071	3.695.362	1057,0	4013,5
Italia	**776.997**	**3.144.013**	**3.921.010**	**896,8**	**2663,3**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(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 medio dell'imponibile calcolato sul totale contribuenti
(f) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 2.3.1. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause – Maschi – 0-74 anni – Tassi x 100.000 ab. (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	2,4	138,2	14,6	27,2	20,4	52,1	14,2	19,4	33,6	3,5	44,9	370,5
Valle d'Aosta	3,4	153,7	15,4	37,3	23,4	52,9	22,3	32,4	30,7	11,9	60,7	444,1
Lombardia	2,8	158,8	11,5	31,4	17,7	50,2	12,3	19,6	38,3	3,4	38,2	384,2
p.a. Bolzano	3,2	125,3	9,0	27,5	17,1	46,1	15,5	19,1	24,7	2,9	57,5	347,9
p.a. Trento	3,6	137,7	11,3	34,5	16,3	48,1	12,9	25,7	23,1	1,9	49,5	364,6
Veneto	2,3	147,6	11,2	30,8	16,6	47,7	12,2	19,0	27,0	3,7	45,8	363,9
Friuli Venezia Giulia	3,1	153,7	10,6	26,2	17,8	53,6	16,6	27,3	24,8	2,4	50,3	386,4
Liguria	2,9	133,3	11,8	28,8	15,3	46,9	13,3	19,3	42,9	28,1	28,2	370,8
Emilia Romagna	2,0	132,9	10,6	28,4	16,0	45,7	10,8	13,9	33,7	5,0	44,4	343,4
Toscana	2,0	128,7	10,1	23,3	17,9	46,1	11,8	14,0	33,1	3,1	33,3	323,4
Umbria	1,5	114,4	10,8	28,9	19,5	42,1	9,9	13,9	31,5	1,9	37,6	312,0
Marche	2,2	120,2	10,7	24,0	17,5	38,5	11,4	12,7	29,7	1,4	38,9	307,2
Lazio	2,1	126,0	11,4	32,1	18,0	50,9	12,8	18,4	41,4	3,2	33,1	349,4
Abruzzo	2,5	109,9	12,1	27,5	17,9	46,6	17,1	21,2	31,6	2,6	32,9	321,9
Molise	2,9	102,2	9,5	33,3	20,4	49,8	13,9	27,8	31,0	3,3	35,0	329,1
Campania	3,2	133,6	9,8	34,7	26,0	62,3	19,6	29,2	41,6	14,7	27,1	401,8
Puglia	2,6	114,7	10,5	24,8	17,2	42,8	15,7	21,3	36,4	2,1	35,8	323,9
Basilicata	3,0	105,5	10,5	30,0	19,8	49,6	13,2	26,2	32,8	3,9	35,8	330,3
Calabria	3,1	100,0	9,2	26,2	21,7	54,2	17,2	24,3	35,0	4,5	36,8	332,2
Sicilia	2,2	110,3	9,9	29,9	24,0	49,4	18,4	19,8	41,9	4,8	34,3	344,9
Sardegna	4,2	126,3	11,6	30,9	18,5	42,3	17,9	24,6	38,7	2,5	48,8	366,3
Media nazionale	**2,6**	**132,3**	**11,1**	**29,3**	**19,0**	**49,3**	**14,2**	**19,9**	**36,4**	**5,2**	**37,6**	**356,9**

Dati 1995, 1996 e 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 2.3.2. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause – Femmine – 0-74 anni – Tassi x 100.000 ab. (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	1,2	74,1	6,6	7,7	13,3	21,3	5,0	8,7	23,1	1,6	14,9	177,5
Valle d'Aosta	2,5	70,7	7,4	9,7	12,9	19,4	4,0	11,3	20,2	2,1	12,9	173,1
Lombardia	1,5	80,7	5,7	8,2	10,6	20,4	4,6	8,5	22,2	1,5	11,7	175,6
p.a. Bolzano	2,6	62,9	6,3	6,4	8,0	17,2	6,0	6,8	18,9	1,5	14,0	150,6
p.a. Trento	1,6	73,1	5,6	8,3	7,3	19,3	2,8	7,3	15,9	1,5	12,3	155
Veneto	1,1	72,4	6,1	7,8	9,4	18,4	4,1	8,3	18,7	1,5	13,8	161,6
Friuli Venezia Giulia	1,7	86,6	6,4	7,4	9,7	21,0	5,4	11,6	16,3	1,4	15,7	183,2
Liguria	1,6	72,3	6,4	6,8	11,4	21,7	4,9	8,9	26,7	8,7	9,5	178,9
Emilia Romagna	1,5	75,9	5,5	7,2	10,2	18,8	4,3	6,5	22,0	2,4	14,0	168,3
Toscana	1,4	71,5	6,2	6,3	11,0	20,3	4,2	7,3	23,6	1,5	10,5	163,8
Umbria	1,3	70,0	5,9	8,7	11,9	20,3	3,5	7,4	16,2	1,2	11,0	157,4
Marche	1,2	66,0	5,0	6,1	9,9	16,1	3,6	4,9	20,2	1,6	11,6	146,2
Lazio	1,3	73,5	5,8	8,2	11,1	22,3	4,6	8,5	26,1	1,3	10,0	172,7
Abruzzo	1,2	58,4	6,0	6,5	10,8	21,2	4,2	9,0	24,4	1,6	10,9	154,2
Molise	2,2	60,9	6,7	8,6	12,6	26,9	5,8	9,7	22,6	1,0	10,6	167,6
Campania	1,7	71,4	5,8	9,8	17,3	32,9	6,2	15,8	33,1	4,3	7,1	205,4
Puglia	1,5	63,4	5,8	7,4	11,5	23,7	5,2	10,2	29,3	0,9	10,0	168,9
Basilicata	1,8	57,1	6,2	9,0	13,9	27,9	4,1	10,6	28,7	1,4	10,4	171,1
Calabria	1,4	58,4	5,5	8,1	15,0	29,2	5,4	9,3	28,1	2,2	8,9	171,5
Sicilia	1,5	66,8	6,6	9,2	17,3	26,6	6,2	10,5	35,3	2,3	8,5	190,8
Sardegna	1,6	64,6	6,0	7,6	10,2	18,6	5,7	9,1	26,5	1,4	11,5	162,8
Media nazionale	**1,4**	**72,0**	**6,0**	**7,9**	**12,0**	**22,2**	**4,9**	**9,2**	**25,4**	**2,1**	**11,0**	**174,1**

Dati 1995, 1996 e 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 2.3.3. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause – Maschi – 75 anni e più – Tassi x 100.000 ab. (a)

Regioni	Mal. infett. e par.	Tumori	Dist. psich.	Malattie sistema cardiovascolare: Infarto mioc. ac.	Dist. circ. encef.	Altre mal. sist. circ.	Mal. app. resp.	Mal. app. diger.	Altri stati morbosi	Sintomi, mal. defin.	Traum. avvelen.	Totale
Piemonte	44,6	2.364,3	333,2	519,0	1.451,0	2.602,3	958,9	377,0	470,0	134,7	359,2	9.614,2
Valle d'Aosta	89,6	2.403,6	304,5	843,1	1.220,5	2.411,0	1.171,9	411,9	367,9	288,4	507,8	10.020,2
Lombardia	44,3	2.752,6	340,0	678,2	1.178,1	2.537,9	893,6	358,0	469,4	85,2	282,0	9.619,3
p.a. Bolzano	43,4	2.471,2	184,0	628,4	928,6	2.820,2	961,6	309,8	264,4	125,4	163,0	8.900,0
p.a. Trento	55,4	2.650,9	244,3	597,6	822,5	3.019,7	915,2	398,4	448,0	110,2	238,4	9.500,6
Veneto	52,9	2.481,7	376,6	709,2	987,0	2.604,6	884,4	361,6	411,0	82,7	281,0	9.232,7
Friuli Venezia Giulia	52,9	2.637,6	325,1	701,1	937,9	2.699,7	956,6	414,0	464,0	74,6	361,5	9.625,0
Liguria	44,7	2.436,2	406,2	591,0	1.075,4	2.589,1	877,2	376,8	545,0	239,3	312,3	9.493,2
Emilia Romagna	40,7	2.367,4	396,4	643,6	984,9	2.469,0	763,4	327,2	413,8	81,6	300,7	8.788,7
Toscana	40,3	2.377,3	294,3	503,0	1.374,1	2.438,6	865,3	339,3	442,9	122,7	309,9	9.107,7
Umbria	45,5	2.204,2	302,4	629,5	1.508,8	2.298,3	835,2	332,8	495,6	102,3	271,0	9.025,6
Marche	41,1	2.215,5	316,8	556,2	1.340,6	2.377,7	811,2	286,6	442,3	63,9	284,0	8.735,9
Lazio	33,9	2.302,2	282,8	635,5	1.185,1	2.745,4	772,4	418,6	601,5	85,0	339,7	9.402,1
Abruzzo	45,0	1.978,4	336,7	500,5	1.374,4	2.400,9	1.021,3	443,3	537,8	91,9	319,3	9.049,5
Molise	41,7	1.754,4	282,1	487,8	1.456,6	2.584,8	836,4	469,3	486,2	116,7	279,5	8.795,5
Campania	28,4	2.090,4	224,0	591,4	1.753,9	2.735,6	1.198,9	480,9	604,7	125,3	233,0	10.066,5
Puglia	29,8	2.114,1	302,4	523,0	1.198,2	2.512,1	1.199,2	460,1	576,7	111,3	259,8	9.286,7
Basilicata	27,0	1.745,5	257,8	539,2	1.439,6	2.796,6	990,2	480,8	464,8	80,5	237,6	9.059,6
Calabria	18,6	1.636,5	219,2	478,4	1.450,7	2.746,1	1.016,3	405,4	489,9	211,7	234,9	8.907,7
Sicilia	17,2	1.840,4	264,0	541,3	1.776,1	2.685,6	1.101,8	360,5	679,2	241,7	258,8	9.766,6
Sardegna	53,5	2.097,0	243,5	585,8	1.293,9	2.219,9	1.096,5	431,6	474,7	224,7	309,4	9.030,5
Media nazionale	**38,7**	**2.292,5**	**313,1**	**593,1**	**1.298,0**	**2.575,3**	**943,3**	**383,0**	**505,8**	**125,0**	**292,5**	**9.360,3**

Dati 1995, 1996 e 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 2.3.4. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause – Femmine– 75 anni e più – Tassi x 100.000 ab. (a)

Regioni	Mal. infett. e par.	Tumori	Dist. psich.	Malattie sistema cardiovascolare: Infarto mioc. ac.	Dist. circ. encef.	Altre mal. sist. circ.	Mal. app. resp.	Mal. app. diger.	Altri stati morbosi	Sintomi, mal. defin.	Traum. avvelen.	Totale
Piemonte	29,4	1.203,7	301,1	340,0	1.326,4	2.124,1	392,2	281,3	439,2	162,9	294,9	6.895,2
Valle d'Aosta	14,3	1.242,5	271,1	404,5	1.051,4	1.726,0	452,0	287,4	365,1	248,5	322,3	6.385,1
Lombardia	30,8	1.339,7	306,2	420,2	1.023,7	2.049,6	379,0	259,7	428,8	89,1	216,1	6.542,9
p.a. Bolzano	25,8	1.225,9	133,9	360,6	941,6	2.251,1	390,3	189,9	277,7	114,0	96,2	6.007,0
p.a. Trento	33,1	1.224,1	224,0	390,6	791,2	2.244,2	329,3	266,3	379,8	107,8	138,5	6.128,9
Veneto	29,8	1.178,7	333,0	438,9	851,9	2.076,8	399,4	276,1	398,4	83,4	197,1	6.263,5
Friuli Venezia Giulia	46,5	1.254,2	290,6	412,6	890,7	2.139,6	410,4	321,9	424,1	87,5	263,3	6.541,4
Liguria	25,9	1.184,8	399,0	334,1	920,6	2.202,5	304,6	288,6	481,0	169,3	275,0	6.585,4
Emilia Romagna	24,4	1.217,1	344,1	384,2	925,8	2.009,1	329,6	242,8	368,1	88,5	197,0	6.130,7
Toscana	28,0	1.148,4	296,4	312,7	1.275,2	2.116,7	330,0	246,2	431,8	141,7	253,8	6.580,9
Umbria	33,5	1.123,6	255,6	403,5	1.263,2	1.932,3	355,8	249,2	470,6	126,5	223,9	6.437,7
Marche	37,2	1.096,5	301,5	313,5	1.189,1	1.996,4	358,1	210,1	435,8	86,5	239,2	6.263,9
Lazio	22,3	1.149,5	266,7	369,7	1.024,6	2.329,4	348,1	292,7	543,0	74,4	347,1	6.767,5
Abruzzo	17,1	977,5	296,2	335,2	1.270,3	2.229,3	376,8	291,4	497,1	96,8	291,8	6.679,5
Molise	13,0	914,2	242,3	406,6	1.277,1	2.270,7	395,7	272,4	553,9	90,6	237,5	6.674,0
Campania	20,3	1.004,5	192,5	379,4	1.711,7	2.639,8	420,1	388,6	689,2	97,6	248,1	7.791,8
Puglia	21,7	1.009,5	249,0	349,0	1.123,0	2.435,3	436,9	304,5	672,2	113,9	258,9	6.973,9
Basilicata	9,2	887,1	181,7	299,2	1.380,4	2.723,3	433,9	271,1	566,5	99,3	326,6	7.178,3
Calabria	17,3	818,7	198,6	274,2	1.438,1	2.588,5	348,1	260,2	538,1	204,6	242,9	6.929,3
Sicilia	12,5	962,2	253,8	344,1	1.763,0	2.542,7	416,0	271,1	693,7	280,4	250,0	7.789,5
Sardegna	28,5	1.072,9	285,1	349,5	1.194,9	2.086,3	434,6	304,4	554,5	235,2	292,0	6.837,9
Media nazionale	**26,1**	**1.148,2**	**289,4**	**369,9**	**1173,5**	**2.211,6**	**376,2**	**278,0**	**491,7**	**124,8**	**248,4**	**6.737,8**

Dati 1995, 1996 e 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 2.4.1. Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause – 5-69 anni – Tassi x 100.000 ab. (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	129,0	35,9	2,9	24,0	54,8	18,6	186,7	78,5
Valle d'Aosta	168,5	35,6	3,4	23,5	63,4	18,7	235,3	77,8
Lombardia	131,1	32,6	2,8	24,2	58,9	18,4	192,8	75,2
p.a. Bolzano	133,8	30,9	2,3	22,4	51,1	15,6	187,2	68,9
p.a. Trento	143,4	30,2	1,8	21,0	57,1	16,6	202,3	67,8
Veneto	135,8	33,8	2,7	21,4	53,6	15,7	192,1	70,9
Friuli Venezia Giulia	145,0	39,0	3,8	27,5	53,7	19,0	202,5	85,5
Liguria	101,3	27,0	3,0	21,1	52,8	17,4	157,1	65,5
Emilia Romagna	119,2	34,4	2,1	22,3	53,0	17,0	174,3	73,7
Toscana	104,2	29,1	2,2	18,8	47,0	15,8	153,4	63,7
Umbria	99,2	28,4	2,3	19,9	52,7	19,6	154,2	67,9
Marche	101,3	26,3	2,3	20,3	46,5	13,3	150,1	59,9
Lazio	104,7	31,1	2,6	21,4	59,4	19,7	166,7	72,2
Abruzzo	94,8	24,2	1,8	18,2	54,2	16,1	150,8	58,5
Molise	105,6	28,8	1,8	18,4	60,2	23,2	167,6	70,4
Campania	116,5	31,8	2,7	21,3	71,9	27,5	191,1	80,6
Puglia	107,3	25,7	2,1	21,4	51,4	20,6	160,8	67,7
Basilicata	104,9	25,1	2,0	16,4	56,6	23,5	163,5	65,0
Calabria	100,9	26,4	1,9	18,3	53,8	21,7	156,6	66,4
Sicillia	106,0	30,0	2,1	21,9	60,4	23,0	168,5	74,9
Sardegna	130,8	26,2	2,6	22,3	58,2	17,3	191,6	65,8
Media nazionale	**117,0**	**30,8**	**2,5**	**21,9**	**56,6**	**19,2**	**176,1**	**71,9**

Dati 1995, 1996 e 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 2.5.1. Mortalità infantile e mortalità standardizzata 0-4 anni per grandi gruppi di cause (a)

Regioni	Mortalità infantile x 1.000 nati vivi (b)				Mortalità standard x 100.000 (c)			
	Malformazioni congenite	Condiz. morbose di orig. perin.	Altre cause	Totale cause	Malf. congen. e altre cause perin	Malattie sist. circolatorio	Tumori	Totale cause
Piemonte	1,3	3,2	1,0	5,5	95,1	8,0	5,4	136,1
Valle d'Aosta	1,6	2,3	1,3	5,2	81,0	13,5	6,8	108,0
Lombardia	1,4	2,1	0,9	4,4	72,6	5,6	5,5	108,5
p.a. Bolzano	1,8	2,4	1,0	5,2	90,5	1,3	7,6	135,1
p.a. Trento	0,6	2,1	0,9	3,6	56,7	4,4	8,7	87,3
Veneto	1,4	2,0	0,9	4,3	71,0	6,6	5,7	105,8
Friuli Venezia Giulia	0,8	2,1	0,9	3,8	59,4	7,8	4,7	97,0
Liguria	1,2	3,2	0,8	5,2	90,0	12,5	7,2	138,3
Emilia Romagna	1,0	2,7	1,1	4,8	77,7	8,5	4,2	121,7
Toscana	1,4	3,4	0,9	5,7	97,7	9,0	4,6	135,8
Umbria	1,3	2,9	0,9	5,1	84,4	10,3	12,3	132,7
Marche	1,8	3,0	0,8	5,6	97,5	6,2	5,6	137,8
Lazio	1,5	3,1	0,8	5,4	92,7	5,0	4,2	123,3
Abruzzo	1,4	4,0	1,0	6,4	102,3	6,6	4,4	139,9
Molise	2,0	3,0	0,7	5,7	97,3	8,5	-	131,2
Campania	1,7	4,1	1,0	6,8	116,0	5,2	3,8	153,4
Puglia	1,8	3,8	1,2	6,8	109,8	4,1	8,5	152,8
Basilicata	1,6	3,8	0,8	6,2	107,1	6,1	9,2	148,0
Calabria	2,1	3,6	1,0	6,7	109,1	7,9	7,0	145,7
Sicillia	2,0	5,0	1,1	8,1	135,4	5,3	6,6	173,9
Sardegna	1,6	3,0	1,0	5,6	88,5	3,0	3,9	118,5
Media nazionale	**1,5**	**3,3**	**1,0**	**5,8**	**97,6**	**6,1**	**5,6**	**135,4**

Dati 1995, 1996 e 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale
(b) Morti di età inferiore ad un anno diviso nati vivi (x1000)
(c) Morti 0-4 anni diviso bambini residenti 0-4 anni (x100.000)

home

TAVOLA 2.6.1. Infortuni sul lavoro per classi di età e per esito – x 100.000 abitanti

Regioni	Invalidità totali (a)				Invalidità permanenti (b)			
	<30 anni	30 - 49 anni	50 anni e più	Totale	<30 anni	30 - 49 anni	50 anni e più	Totale
Piemonte	727,4	900,3	337,2	1.964,9	10,1	31,6	28,9	70,6
Valle d'Aosta	530,6	981,6	325,6	1.837,8	6,0	35,0	27,7	68,7
Lombardia	750,4	852,5	240,1	1.843,0	13,0	30,6	19,6	63,3
p.a. Bolzano	980,4	1.125,4	489,0	2.594,8	17,4	35,1	51,2	103,7
p.a. Trento	901,6	1.230,3	363,6	2.495,6	20,0	43,7	32,9	96,6
Veneto	1.040,6	1.180,5	384,9	2.605,9	14,5	36,1	24,1	74,6
Friuli Venezia Giulia	884,9	1.134,3	333,0	2.352,2	14,0	47,4	24,0	85,4
Liguria	530,7	999,0	321,2	1.850,8	10,8	44,7	31,5	87,0
Emilia Romagna	1.118,2	1.413,9	556,8	3.088,9	18,5	51,0	46,6	116,1
Toscana	746,3	1.084,1	460,2	2.290,6	16,0	53,1	43,7	112,8
Umbria	894,7	1.315,9	633,1	2.843,6	21,9	79,8	68,5	170,1
Marche	875,2	1.229,3	726,0	2.830,5	18,8	67,2	82,1	168,1
Lazio	245,6	509,0	200,2	954,9	6,4	19,8	16,3	42,5
Abruzzo	510,3	959,0	503,6	1973	12,3	49,7	45,0	107,0
Molise	392,9	979,1	532,7	1.904,7	6,5	48,4	47,5	102,4
Campania	175,0	395,4	155,8	726,2	7,6	27,6	17,0	52,2
Puglia	385,1	603,7	205,8	1.194,7	10,3	35,7	21,6	67,7
Basilicata	499,9	746,5	343,9	1.590,3	9,4	40,2	27,6	77,2
Calabria	192,5	402,6	149,5	744,6	8,6	26,0	15,7	50,3
Sicilia	192,5	389,7	150,9	733,2	7,0	25,0	15,1	47,1
Sardegna	335,6	641,9	205,1	1.182,7	10,2	30,7	19,1	60,1
Italia	**581,4**	**810,5**	**300,4**	**1.692,2**	**11,6**	**35,4**	**26,8**	**73,7**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Inail

(a) casi di invalidità temporanei e permanenti x 100.000 residenti
(b) casi di invalidità permanenti x 100.000 residenti

TAVOLA 2.7.1: Malattie infettive: indicatori regionali 1997 (tassi per 100.000 residenti)

Regioni	Totale bambini (a)	Totale adulti (b)
Piemonte	3.968	178
Valle d'Aosta	2.126	88
Lombardia	3.864	112
p.a. Bolzano	7.406	368
p.a. Trento	6.268	197
Veneto	4.166	187
Friuli-Venezia Giulia	5.053	252
Liguria	2.587	140
Emilia Romagna	4.304	161
Toscana	3.474	167
Umbria	3.633	140
Marche	4.222	169
Lazio	1.503	159
Abruzzo	1.881	118
Molise	1.289	98
Campania	756	85
Puglia	1.783	213
Basilicata	1.769	87
Calabria	1.933	100
Sicilia	1.347	99
Sardegna	2.659	162
Media Nazionale	**2.625**	**147**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Ministero della sanità

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

home

TAVOLA 2.7.2. Livello di complessità dei ricoveri ospedalieri

Regioni	Ricoveri Elevata assistenza % medio bassa (a)				% Ricoveri Riabilitazione, lungodegenza e psichiatria su totale ospedali (b)			
	Osp. Usl	Az. Osp.	Ist. Accred.	Tot. Osp.	Osp. Usl	Az. Osp.	Ist. Accred.	Tot. Osp.
Piemonte	4,3	10,1	7,1	6,2	3,1	3,2	28,9	5,7
Valle d'Aosta	7,5	-	-	7,5	2,0	-	-	2,0
Lombardia	3,5	10,9	9,6	7,2	4,1	3,6	12,2	5,3
p.a. Bolzano	3,7	-	-	3,5	2,5	-	25,5	4,5
p.a. Trento	4,4	-	-	4,2	6,6	-	56,0	11,8
Veneto	4,7	8,8	-	5,2	5,1	1,7	9,9	4,8
Friuli Venezia Giulia	1,6	6,9	-	4,5	5,5	0,5	7,5	2,8
Liguria	5,6	11,6	-	8,1	3,1	2,2	1,3	2,7
Emilia Romagna	5,4	7,9	3,5	5,9	2,4	1,4	13,2	3,7
Toscana	4,3	12,2	2,7	6,1	1,9	1,6	19,8	3,1
Umbria	4,0	9,2	0,2	5,9	1,3	-	10,1	1,4
Marche	4,2	8,4	-	4,7	1,4	3,2	7,5	2,4
Lazio	4,6	10,5	3,0	6,3	2,1	1,8	18,4	4,5
Abruzzo	6,5	-	-	5,6	2,4	-	21,5	5,1
Molise	7,0	91,6	-	8,5	1,9	17,4	-	2,5
Campania	7,7	16,9	2,7	9,1	1,4	0,9	5,7	2,3
Puglia	4,5	13,2	2,7	7,2	2,2	0,8	2,3	1,7
Basilicata	4,3	14,7	-	7,3	1,9	1,1	-	1,6
Calabria	3,8	15,0	0,6	5,4	1,7	1,2	5,8	2,6
Sicillia	3,5	13,6	3,6	8,4	2,2	1,8	2,2	2,0
Sardegna	4,6	15,2	-	5,2	1,3	-	2,2	1,3
Italia	**4,7**	**11,7**	**3,8**	**6,7**	**2,8**	**2,0**	**11,3**	**3,6**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(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 2.8.1. Spesa corrente pro-capite per funzione del Ssn (Popolazione effettiva) Anno 1997 (migliaia di lire)

Regioni	Personale	Beni e servizi	Medicina di base	Farmac. conv.	Osped. conv.	Special. interna	Special. esterna	Altra assist.za	Obiettivi di piano	Mutui e int. pass.	Totale
Piemonte	872,0	406,7	106,8	194,7	166,8	14,2	21,8	150,2	-	0,3	1.933,5
Valle d'Aosta	1.170,4	534,0	130,9	176,3	-	22,7	-	111,3	1,7	119,8	2.267,1
Lombardia	750,2	354,2	106,0	181,4	322,9	14,3	31,3	190,5	5,2	2,2	1.958,1
p.a. Bolzano	1.232,4	567,0	116,2	125,9	142,1	6,2	9,1	138,3	17,4	2,0	2.356,7
p.a. Trento	1.034,0	384,2	117,9	160,5	151,2	16,8	7,8	219,7	13,4	0,6	2.106,2
Veneto	904,0	428,4	110,7	173,9	116,2	16,4	26,8	176,9	-	1,8	1.955,2
Friuli V. G.	968,0	393,9	107,0	177,7	245,6	12,5	8,9	106,0	7,0	2,9	2.029,5
Liguria	913,2	402,3	101,4	247,7	275,4	24,4	13,1	126,6	17,2	1,8	2.123,0
Emilia Rom.	962,1	494,2	116,0	195,0	174,5	20,1	9,3	155,8	-	5,1	2.132,2
Toscana	962,4	398,0	124,9	208,6	74,8	17,9	14,4	150,9	-	3,1	1.955,3
Umbria	1.014,8	425,6	114,1	234,9	46,4	19,6	5,7	104,4	6,4	2,2	1.974,2
Marche	947,1	445,5	116,8	229,5	84,0	30,8	12,9	92,7	13,9	6,5	1.979,7
Lazio	702,8	247,1	118,0	239,2	531,0	36,1	41,8	98,0	6,7	5,1	2.025,9
Abruzzo	827,6	306,9	120,0	221,5	168,5	17,0	13,2	110,7	28,5	1,6	1.815,4
Molise	904,2	356,0	132,1	200,4	94,2	25,5	18,4	74,4	21,8	0,9	1.827,9
Campania	739,0	239,3	132,1	261,7	233,1	30,0	74,9	101,5	5,4	1,3	1.818,2
Puglia	705,3	252,9	113,1	224,4	273,3	21,8	34,7	75,4	8,6	0,5	1.710,0
Basilicata	704,2	287,7	117,6	214,2	12,9	8,5	12,0	200,9	4,5	0,2	1.562,6
Calabria	842,0	226,4	143,8	232,6	163,6	29,7	28,8	45,4	5,1	0,2	1.717,6
Sicilia	718,9	206,5	127,3	227,7	164,2	28,5	44,7	109,6	2,0	0,5	1.629,8
Sardegna	913,0	317,9	132,2	191,1	103,1	18,7	21,0	111,7	10,2	0,2	1.819,1
Italia	**822,4**	**335,0**	**117,6**	**211,6**	**225,5**	**21,9**	**31,2**	**131,4**	**5,4**	**2,4**	**1.904,3**

Fonte: Elaborazione Prometeo su dati Relazione generale sulla situazione economica del Paese 1999 (Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica) e Istat

home

TAVOLA 2.8.2. Spesa corrente pro-capite per funzione del Ssn (Popolazione effettiva) Anno 1998 (migliaia di lire)

Regioni	Personale	Beni e servizi	Medicina di base	Farmac. conv.	Osped. conv.	Special. interna	Special. esterna	Altra assist.za	Obiettivi di piano	Mutui e int. pass.	Totale
Piemonte	876,5	446,0	130,4	219,6	180,1	12,8	16,9	170,7	-	0,4	2.053,5
Valle d'Aosta	1.143,2	487,4	123,8	194,9	7,5	19,5	36,8	150,0	-	3,2	2.166,4
Lombardia	754,9	387,3	103,2	208,6	326,6	16,1	37,5	178,8	11,2	2,8	2.027,0
p.a. Bolzano	1.228,7	745,2	137,3	158,1	171,5	6,1	12,1	182,9	15,4	9,5	2.666,7
p.a. Trento	1.042,8	460,6	130,0	170,6	139,7	15,8	8,9	317,0	10,1	0,1	2.295,8
Veneto	910,3	441,9	116,6	193,7	121,9	15,8	34,9	227,0	-	3,6	2.065,7
Friuli V. G.	960,9	372,4	112,3	208,6	250,8	9,3	8,9	119,1	-	5,1	2.047,2
Liguria	884,2	442,2	104,4	267,5	270,8	24,9	13,5	145,3	24,2	1,1	2.178,1
Emilia Rom.	952,4	510,5	121,0	205,3	163,5	17,9	8,6	193,6	-	9,0	2.181,8
Toscana	956,0	417,4	133,6	220,5	64,2	4,5	31,8	178,4	-	2,7	2.009,0
Umbria	956,3	481,4	120,5	258,3	60,7	18,2	7,3	121,2	7,7	1,6	2.033,2
Marche	931,3	460,4	124,0	244,7	78,8	21,1	18,4	105,2	-	2,8	1.986,7
Lazio	687,1	258,6	114,9	264,9	539,5	36,4	51,5	100,7	8,1	3,3	2.065,2
Abruzzo	746,9	468,6	118,2	242,4	174,5	19,1	15,0	298,4	-	1,4	2.084,5
Molise	882,9	336,5	129,2	227,7	97,9	22,5	23,6	129,3	13,0	1,1	1.863,8
Campania	705,3	245,0	127,5	261,7	160,5	28,6	60,9	124,1	7,7	2,0	1.723,3
Puglia	721,8	278,1	117,4	256,8	313,1	23,2	24,0	65,1	-	1,5	1.801,0
Basilicata	755,5	439,8	135,6	229,5	12,9	8,7	14,6	190,2	16,5	0,8	1.804,1
Calabria	856,3	226,0	149,3	255,7	159,1	30,3	35,1	76,0	-	0,4	1.788,1
Sicilia	728,4	242,9	131,0	280,3	174,3	30,5	59,9	119,6	33,6	2,4	1.802,9
Sardegna	963,6	308,9	128,1	236,3	99,5	17,2	20,8	67,5	0,3	8,8	1.851,1
Italia	**818,5**	**361,8**	**121,1**	**235,1**	**223,5**	**20,9**	**34,1**	**148,8**	**7,5**	**3,0**	**1.974,2**

Fonte: Elaborazione Prometeo su dati Relazione generale sulla situazione economica del Paese 1999 (Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica) e Istat

TAVOLA 2.8.3. Spesa corrente pro-capite per funzione del Ssn (Popolazione effettiva) Anno 1999 (migliaia di lire)

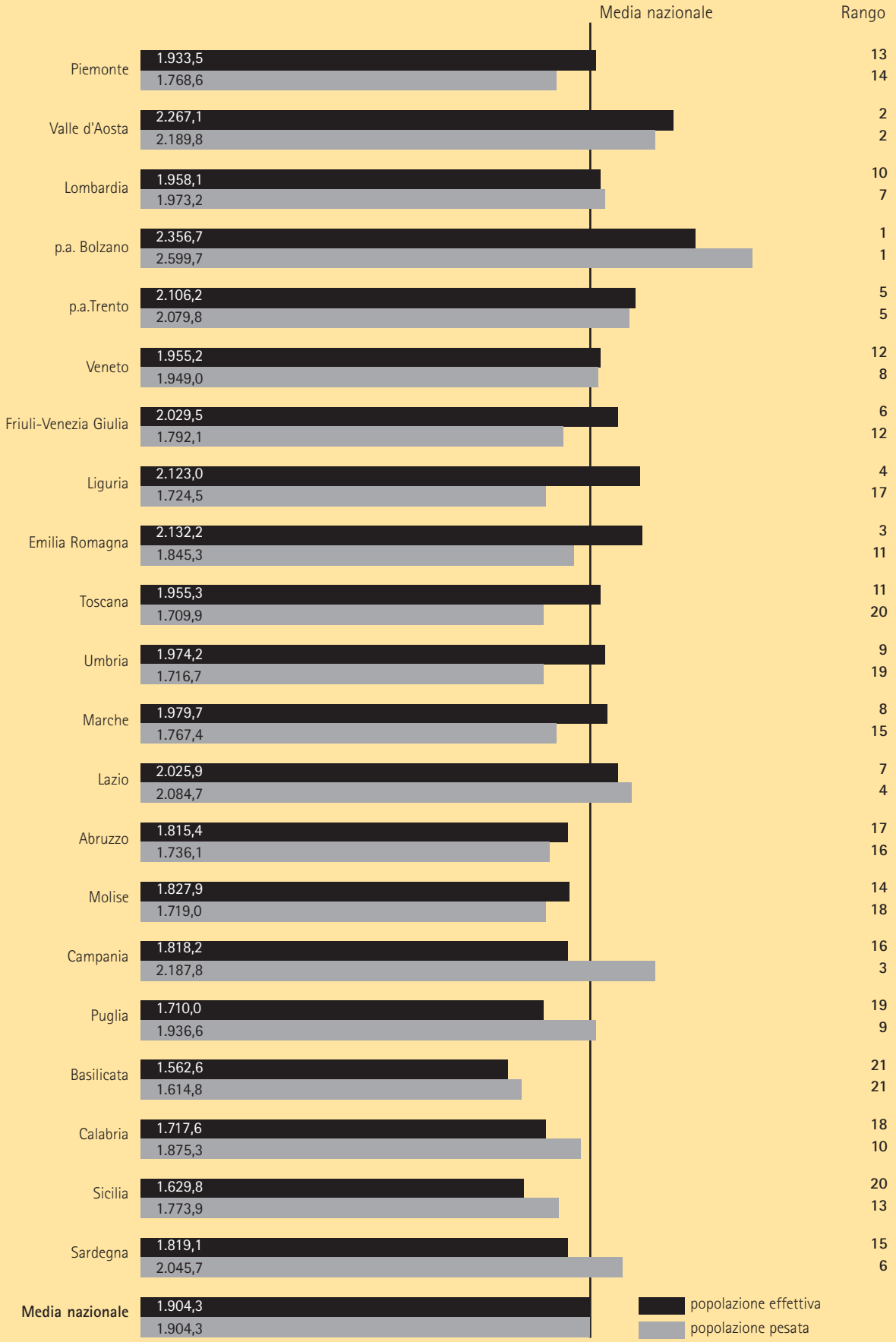
Regioni	Personale	Beni e servizi	Medicina di base	Farmac. conv.	Osped. conv.	Special. interna	Special. esterna	Altra assist.za	Obiettivi di piano	Mutui e int. pass.	Totale
Piemonte	912,6	463,9	123,6	256,4	195,8	13,1	19,1	180,4	-	1,2	2.166,2
Valle d'Aosta	1.206,2	595,1	123,5	225,4	10,0	23,5	57,5	152,6	-	0,1	2.393,9
Lombardia	761,6	380,7	103,9	232,5	362,6	16,3	44,1	198,2	14,0	2,7	2.116,7
p.a. Bolzano	1.370,6	791,7	123,4	191,5	164,8	6,0	12,3	181,3	16,7	8,9	2.867,3
p.a. Trento	1.106,1	468,0	131,3	191,1	145,6	13,2	9,4	329,5	9,3	0,1	2.403,6
Veneto	920,9	464,8	117,5	219,9	131,3	15,9	41,1	222,9	-	4,8	2.139,1
Friuli V. G.	924,7	479,8	120,2	223,2	227,4	13,5	36,2	102,7	-	0,7	2.128,3
Liguria	896,6	486,2	111,7	295,4	274,3	26,6	17,9	171,5	34,9	1,4	2.316,4
Emilia Rom.	960,8	535,9	124,4	233,1	160,8	17,8	11,6	223,6	-	8,0	2.276,0
Toscana	975,5	451,0	136,5	243,3	71,8	2,4	29,3	198,4	-	2,4	2.110,7
Umbria	979,3	523,8	122,4	281,9	69,1	17,1	8,4	135,1	-	2,0	2.139,1
Marche	947,5	494,3	131,3	264,3	79,1	19,2	20,1	101,0	-	3,3	2.060,1
Lazio	697,3	273,2	114,3	296,0	561,5	32,7	71,3	110,4	-	6,1	2.162,8
Abruzzo	868,7	360,3	118,3	265,4	150,9	16,5	13,0	258,1	-	-	2.051,3
Molise	909,1	380,8	130,7	263,4	98,1	22,3	29,2	136,0	36,0	0,6	2.006,3
Campania	705,9	246,5	127,3	288,2	329,8	28,4	81,8	124,4	7,0	1,6	1.940,8
Puglia	712,5	391,6	68,0	148,8	412,1	20,2	76,6	112,3	-	0,9	1.943,1
Basilicata	786,8	428,9	141,2	240,2	21,9	9,3	15,4	214,2	-	0,6	1.858,5
Calabria	839,4	232,5	150,9	290,7	150,9	34,0	55,5	113,7	-	0,5	1.868,1
Sicilia	733,2	244,3	131,0	279,4	174,3	30,6	59,9	117,5	33,6	2,4	1.806,4
Sardegna	1.012,6	324,6	134,6	248,3	104,6	18,1	21,8	70,9	0,3	9,3	1.945,2
Italia	**831,7**	**381,3**	**118,4**	**249,6**	**256,6**	**20,4**	**45,0**	**161,1**	**7,3**	**3,1**	**2.074,4**

Fonte: Elaborazione Prometeo su dati Relazione generale sulla situazione economica del Paese 1999 (Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica) e Istat

home

GRAFICO 2.8.1. Spesa pro-capite 1997

Valore pro-capite (migliaia di lire) - Popolazione pesata e effettiva

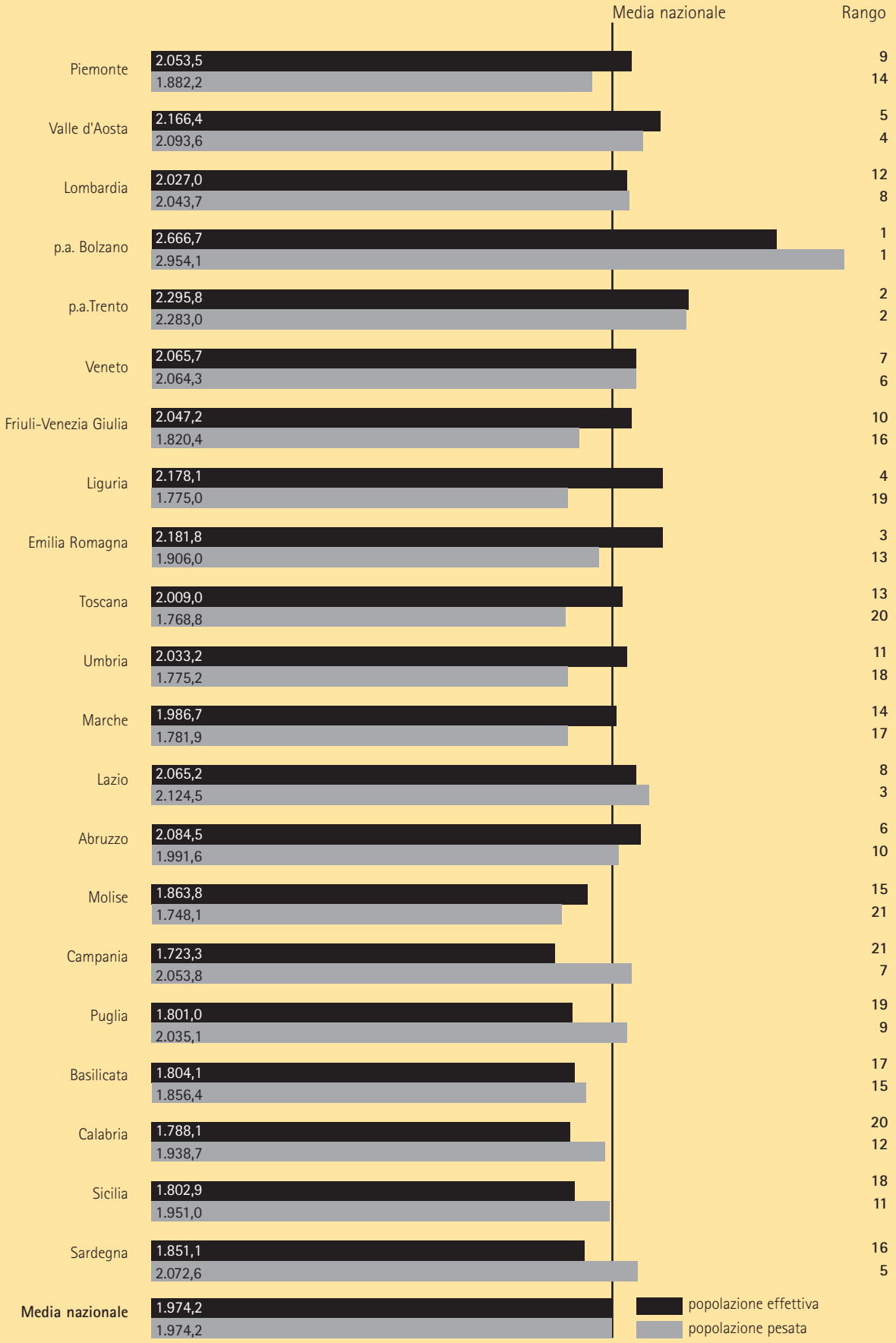


Fonte: Elaborazione Prometeo (popolazione 1996)

GRAFICO 2.8.2. Spesa pro-capite 1998

home

Valore pro-capite (migliaia di lire) - Popolazione pesata e effettiva

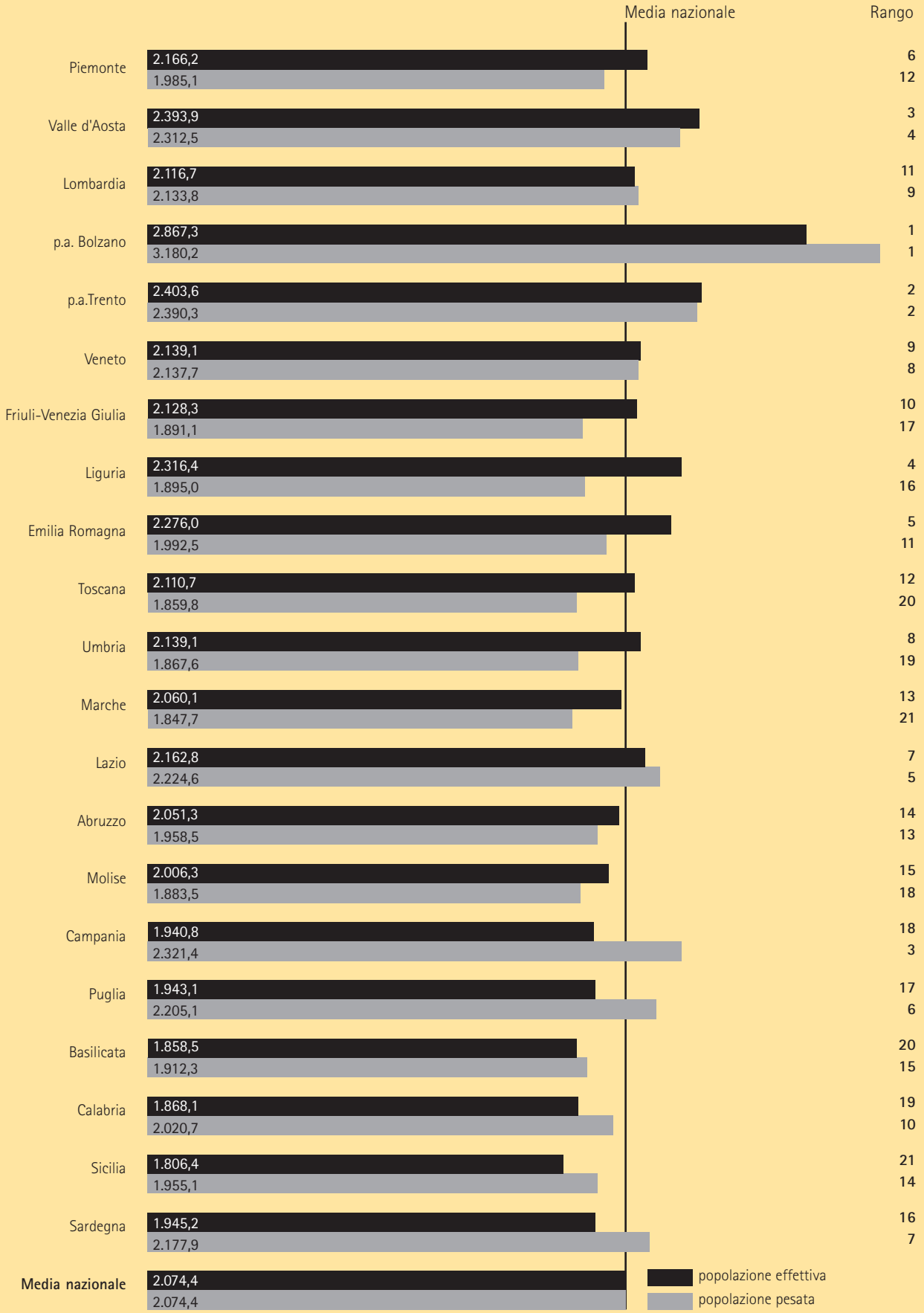


Fonte: Elaborazione Prometeo (popolazione 1997)

home

GRAFICO 2.8.3. Spesa pro-capite 1999

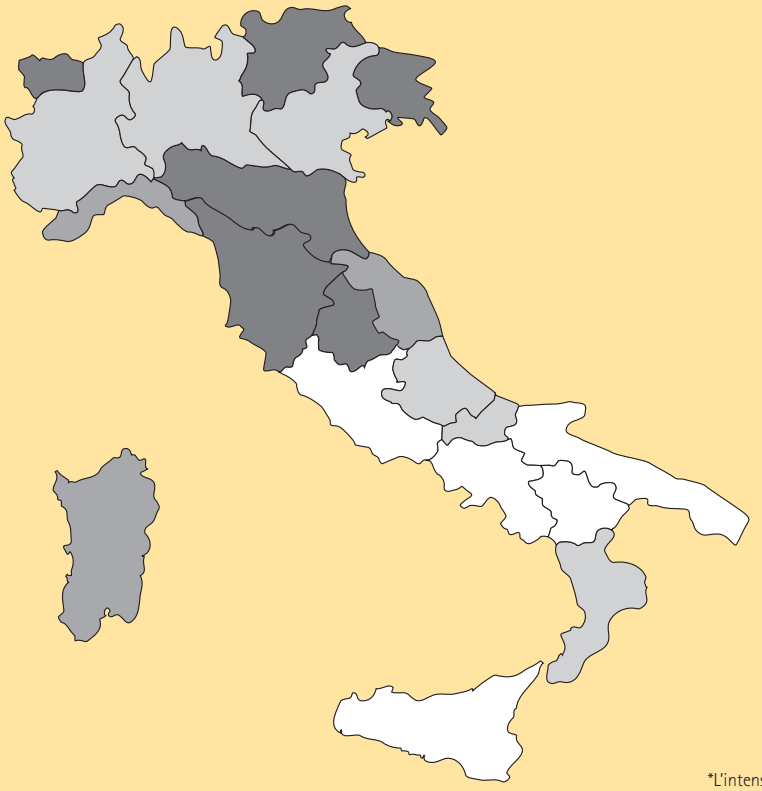
Valore pro-capite (migliaia di lire) - Popolazione pesata e effettiva



Fonte: Elaborazione Prometeo (popolazione 1998)

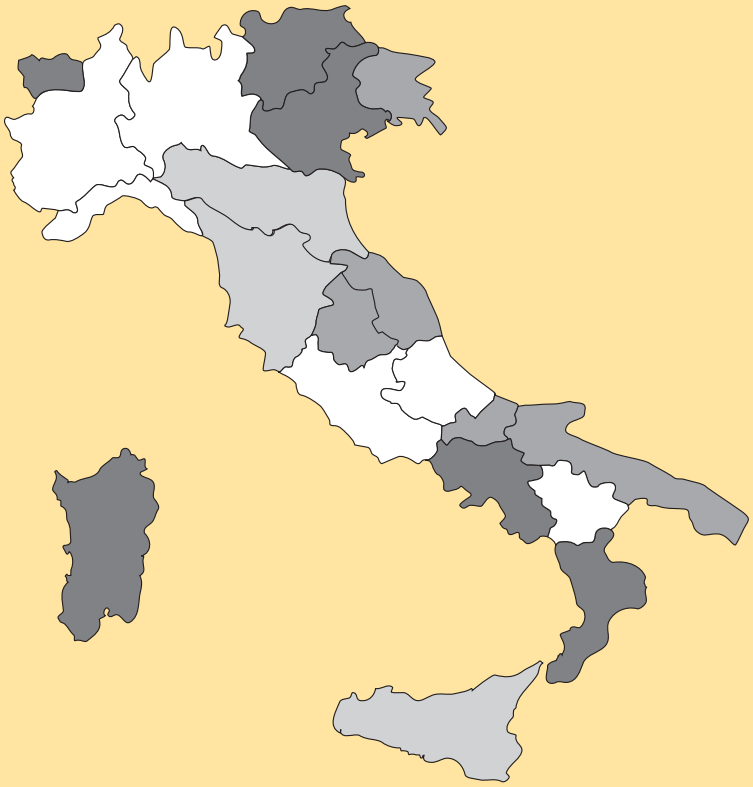
GRAFICO 2.8.4 Spesa pro-capite per popolazione effettiva - Per posizione in graduatoria - Anno 1997

home



*L'intensità del colore è correlata alla maggiore spesa

GRAFICO 2.8.5 Spesa pro-capite per popolazione pesata - Per posizione in graduatoria - Anno 1997



*L'intensità del colore è correlata alla maggiore spesa

home

TAVOLA 2.9.1. Dotazione posti letto (a) Terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza – posti letto x 100.000 residenti

Regioni	Terapia intensiva				Specialità ad elevata assistenza			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.
Piemonte	6,5	5,2	-	11,7	5,7	11,2	0,5	17,4
Valle d'Aosta	8,4	-	-	8,4	36,8	-	-	36,8
Lombardia	4,5	6,5	1,7	12,7	4,4	18,8	2,4	25,6
p.a. Bolzano	18,4	-	-	18,4	12,7	-	-	12,7
p.a. Trento	9,0	-	-	9,0	20,8	-	-	20,8
Veneto	10,2	2,2	-	12,4	11,2	9,5	-	20,7
Friuli Venezia Giulia	2,8	6,4	-	9,2	-1	21,4	-	21,4
Liguria	9,4	11,4	-	20,8	8,0	21,8	-	29,8
Emilia Romagna	8,0	6,7	0,3	15,0	9,2	9,6	1,3	20,1
Toscana	9,1	4,9	-	14,0	6,3	14,1	1,8	22,2
Umbria	5,5	6,9	-	12,4	4,1	15,9	1,1	21,1
Marche	7,0	6,7	-	13,7	10,1	9,1	-	19,2
Lazio	5,6	6,0	2,0	13,6	7,9	17	0,2	25,1
Abruzzo	17	-	-	17,0	22,0	-	-	22,0
Molise	12,1	0,9	-	13,0	17,9	6,1	-	24,0
Campania	5,9	4,3	0,4	10,6	7,2	13,5	1,9	22,6
Puglia	4,4	8,5	0,2	13,1	8,1	16,3	1,1	25,5
Basilicata	3,4	6,2	-	9,6	11,5	23,1	-	34,6
Calabria	5,5	4,0	-	9,5	3,8	12,5	1,0	17,3
Sicillia	2,6	12,1	1,0	15,7	4,3	16,9	1,1	22,3
Sardegna	11,6	1,4	-	13,0	11,3	4,8	-	16,1
Italia	**6,6**	**6,0**	**0,6**	**13,2**	**7,5**	**14,0**	**1,0**	**22,5**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Posti letto per 100.000 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.

TAVOLA 2.9.2 Dotazione posti letto (a) Specialità a media assistenza e Specialità di base – posti letto x 100.000 residenti

Regioni	Specialità a media assistenza				Specialità di base			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.
Piemonte	26,6	28,7	15,7	71,0	212,8	91,1	49,7	353,6
Valle d'Aosta	87,1	-	-	87,1	285,6	-	-	285,6
Lombardia	30,1	45,6	15,4	91,1	179,6	125,5	61,5	366,6
p.a. Bolzano	60,1	-	5,9	66,0	399,3	-	53,5	452,8
p.a. Trento	52,0	-	1,9	53,9	382,5	-	34,8	417,3
Veneto	48,8	19,0	9,7	77,5	307,0	63,1	21,9	392,0
Friuli Venezia Giulia	7,8	51,3	2,6	61,7	174,4	255,8	63,3	493,5
Liguria	31,2	63,2	1,2	95,6	233,1	143,2	4,3	380,6
Emilia Romagna	26,5	23,7	11,0	61,2	228,2	110,0	81,8	420,0
Toscana	27,3	19,8	4,7	51,8	263,8	94,3	58,3	416,4
Umbria	20,6	37,2	-	57,8	208,1	139,3	29,1	376,5
Marche	34,9	34,1	13,0	82,0	344,5	71,9	58,5	474,9
Lazio	22,4	35,4	14,2	72,0	198,4	118,1	70,8	387,3
Abruzzo	66,4	-	14,5	80,9	328,4	-	59,1	387,5
Molise	47,5	9,7	-	57,2	360,3	-	27,9	388,2
Campania	23,9	26,1	23,5	73,5	126,7	67,6	67,1	261,4
Puglia	40,2	42,8	7,1	90,1	236,6	110,1	44,4	391,1
Basilicata	27,9	26,8	-1,0	54,7	249,6	94,9	9,9	354,4
Calabria	24,7	18,6	20,0	63,3	185,4	79,9	105,6	370,9
Sicillia	16,3	44,0	16,0	76,3	115,9	142,1	53,8	311,8
Sardegna	42,2	9,5	9,3	61,0	294,4	39,0	80,1	413,5
Italia	**30,2**	**31,9**	**12,8**	**74,9**	**213,4**	**100,8**	**57,0**	**371,2**

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Posti letto per 100.000 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.

home

TAVOLA 2.9.3 Dotazione posti letto (a) Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree – posti letto x 100.000 residenti

Regioni	Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria				Totale aree			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.
Piemonte	27,2	11,2	45,4	83,8	278,8	147,4	111,3	537,5
Valle d'Aosta	17,6	-	-	17,6	435,5	-	-	435,5
Lombardia	19,0	15,3	23,5	57,8	237,6	211,7	104,5	553,8
p.a. Bolzano	32,5	-	45,0	77,5	523,0	-	104,4	627,4
p.a. Trento	79,9	-	95,6	175,5	544,2	-	132,3	676,5
Veneto	47,9	2,9	5,6	56,4	425,1	96,7	37,2	559,0
Friuli Venezia Giulia	24,2	6,5	12,7	43,4	209,2	341,4	78,6	629,2
Liguria	12,2	17,3	1,8	31,3	293,9	256,9	7,3	558,1
Emilia Romagna	20,1	7,1	37,0	64,2	292,0	157,1	131,4	580,5
Toscana	10,3	4,4	38,3	53,0	316,8	137,5	103,1	557,4
Umbria	6,4	-	1,9	8,3	244,7	199,3	32,1	476,1
Marche	9,8	9,2	24,2	43,2	406,3	131,0	95,7	633,0
Lazio	14,7	8,7	146,9	170,3	249,0	185,2	234,1	668,3
Abruzzo	20,2	-	89,7	109,9	454,0	-	163,3	617,3
Molise	12,1	13,6	-	25,7	449,9	30,3	27,9	508,1
Campania	4,9	1,8	30,6	37,3	168,6	113,3	123,5	405,4
Puglia	13,5	2,8	5,3	21,6	302,8	180,5	58,1	541,4
Basilicata	9,4	2,5	-	11,9	301,8	153,5	9,9	465,2
Calabria	10,6	1,5	35,0	47,1	230,0	116,5	161,6	508,1
Sicillia	6,5	7,4	15,7	29,6	145,6	222,5	87,6	455,7
Sardegna	9,1	-	8,7	17,8	368,6	54,7	98,1	521,4
Italia	**17,5**	**7,1**	**36,2**	**60,8**	**275,2**	**159,8**	**107,6**	**542,6**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Posti letto per 100.000 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.

TAVOLA 2.9.4 Tasso di utilizzazione posti letto (a) Terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza – x 100

Regioni	Terapia intensiva				Specialità ad elevata assistenza			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.
Piemonte	74,0	75,9	-	74,9	66,3	72,8	257,2	75,8
Valle d'Aosta	83,3	-	-	83,3	52,3	-	-	52,3
Lombardia	75,6	83,6	51,6	76,4	64,0	79,8	72,5	76,4
p.a. Bolzano	63,3	-	-	63,3	62,3	-	-	62,3
p.a. Trento	80,2	-	-	80,2	71,0	-	-	71,0
Veneto	77,0	89,2	-	79,2	81,7	71,8	-	77,2
Friuli Venezia Giulia	69,7	69,7	-	69,7	-	75,9	-	75,9
Liguria	76,9	76,0	-	76,4	70,4	80,2	-	77,6
Emilia Romagna	78,1	79,6	40,3	78,1	69,0	74,5	154,7	77,1
Toscana	75,0	88,5	-	79,8	72,5	73,2	30,8	69,6
Umbria	67,9	81,2	-	75,2	48,5	79,8	3,3	69,8
Marche	83,0	89,6	-	86,2	69,3	75,2	-	72,1
Lazio	78,1	94,1	64,9	83,2	69,1	85,2	115,0	80,4
Abruzzo	73,2	-	-	73,2	74,6	-	-	74,6
Molise	74,0	52,5	-	72,5	91,7	102,5	-	94,4
Campania	71,4	80,7	64,3	74,9	64,8	72,3	72,3	69,9
Puglia	82,1	75,7	85,0	77,9	68,1	77,8	89,5	75,2
Basilicata	69,2	61,7	-	64,4	47,7	67,1	-	60,7
Calabria	68,6	92,3	-	78,5	40,9	76,8	37,8	66,8
Sicillia	76,0	79,8	45,9	77,1	56,0	77,6	97,5	74,5
Sardegna	68,9	98,6	-	72,1	60,3	87,5	-	68,4
Italia	**75,1**	**81,9**	**56,0**	**77,3**	**68,0**	**77,4**	**83,6**	**74,6**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Giornate di degenza per 100 giornate disponibili, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno
(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.

home

TAVOLA 2.9.5 Tasso di utilizzazione posti letto (a) Specialità a media assistenza e Specialità di base - x 100

Regioni	Specialità a media assistenza				Specialità di base			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.
Piemonte	84,5	79,6	64,4	78,1	77,6	79,8	50,6	74,4
Valle d'Aosta	80,8	-	-	80,8	88,1	-	-	88,1
Lombardia	78,8	79,9	51,7	74,8	75,7	80,4	59,6	74,6
p.a. Bolzano	70,9	-	82,3	71,9	74,7	-	80,7	75,4
p.a. Trento	73,7	-	59,0	73,2	72,7	-	54,7	71,2
Veneto	82,9	75,5	74,8	80,1	79,5	77,0	60,4	78,1
Friuli Venezia Giulia	57,0	67,7	32,6	64,9	60,2	69,9	44,2	63,2
Liguria	86,2	79,7	71,2	81,7	79,4	79,9	40,3	79,2
Emilia Romagna	80,2	79,8	56,1	75,7	78,2	78,5	54,3	73,6
Toscana	78,3	75,1	35,9	73,2	74,8	76,2	33,1	69,3
Umbria	62,3	83,5	-	75,9	63,9	80,5	67,8	70,3
Marche	78,2	85,8	67,6	79,6	74,0	85,1	51,7	72,9
Lazio	72,3	81,7	72,8	77,0	77,9	87,2	64,7	78,3
Abruzzo	69,7	-	47,9	65,8	82,3	-	70,1	80,5
Molise	60,5	89,7	-	65,4	81,7	-	74,5	81,2
Campania	68,0	78,6	64,3	70,6	76,3	79,7	62,4	73,6
Puglia	63,9	78,3	69,8	71,2	68,3	78,5	65,7	70,9
Basilicata	53,9	69,9	-	61,7	68,7	68,7	55,8	68,4
Calabria	62,1	85,9	59,8	68,4	68,0	74,3	62,6	67,8
Sicillia	69,9	77,8	66,3	73,7	69,5	77,7	57,9	71,2
Sardegna	67,8	84,5	61,2	69,4	67,6	75,1	47,4	64,4
Italia	**74,5**	**79,1**	**62,0**	**74,3**	**74,9**	**79,2**	**57,5**	**73,4**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Giornate di degenza per 100 giornate disponibili, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno
(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 2.9.6 Tasso di utilizzazione posti letto (a) Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree - x 100

Regioni	Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria				Totale aree			
	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.	Osp. Usl (b)	Aziende Osp. (c)	Ist. accreditati	Totale osp.
Piemonte	85,0	96,0	89,3	88,8	78,6	80,3	69,2	77,2
Valle d'Aosta	68,8	-	-	68,8	82,8	-	-	82,8
Lombardia	85,8	82,3	86,0	85,0	76,7	80,5	64,5	75,8
p.a. Bolzano	86,5	-	73,9	79,2	74,3	-	77,8	74,9
p.a. Trento	75,1	-	84,6	80,2	73,2	-	76,3	73,8
Veneto	86,3	83,8	81,2	85,7	80,7	76,7	67,3	79,1
Friuli Venezia Giulia	82,7	94,3	81,9	84,2	62,8	70,4	49,9	65,3
Liguria	95,9	68,0	42,4	77,4	80,5	78,9	46,0	79,3
Emilia Romagna	84,5	80,5	77,3	79,9	78,5	78,6	61,9	74,8
Toscana	77,9	90,7	60,4	66,3	75,2	76,6	43,3	69,6
Umbria	70,8	-	123,1	82,9	63,8	81,0	68,9	71,3
Marche	79,1	84,1	80,6	81,0	74,5	84,8	61,2	74,6
Lazio	80,7	95,0	94,2	93,1	77,3	86,6	83,8	82,1
Abruzzo	82,7	-	81,1	81,4	79,8	-	74,2	78,3
Molise	80,5	101,4	-	91,6	79,6	96,4	74,5	80,3
Campania	69,2	82,4	64,2	65,7	74,3	78,7	63,4	72,2
Puglia	87,3	86,3	93,5	88,7	68,8	78,4	69,3	72,0
Basilicata	82,1	68,7	-	79,3	67,0	68,4	55,8	67,2
Calabria	64,6	89,3	77,5	75,0	66,7	77,3	65,3	68,7
Sicillia	85,7	74,0	32,7	54,7	70,0	77,7	55,3	70,9
Sardegna	72,2	-	97,8	84,7	67,5	78,4	53,2	66,0
Italia	**83,4**	**84,4**	**82,4**	**82,9**	**75,3**	**79,3**	**66,7**	**74,8**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Giornate di degenza per 100 giornate disponibili, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno
(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.

home

TAVOLA 2.10.1. Personale, medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Regioni	Medici x 10.000 ab.			Infermieri x 10.000 ab.			Infermieri
	Az. usl	Az.. Osp	Totale	Az. usl	Az.. Osp	Totale	x medico
Piemonte	11,9	5,5	17,4	36,5	16,3	52,9	3,0
Valle d'Aosta	19,0	-	19,0	61,1	-	61,1	3,2
Lombardia	8,7	5,3	14,0	33,7	17,3	51,0	3,6
p.a. Bolzano	14,9	-	14,9	68,2	-	68,2	4,6
p.a. Trento	16,6	-	16,6	65,8	-	65,8	4,0
Veneto	13,4	2,6	16,0	52,7	11,5	64,2	4,0
Friuli Venezia Giulia	8,1	7,7	15,8	39,2	33,4	72,6	4,6
Liguria	11,3	6,3	17,6	42,0	20,3	62,4	3,6
Emilia Romagna	13,2	5,1	18,2	46,1	19,0	65,1	3,6
Toscana	13,5	4,6	18,1	49,2	15,6	64,8	3,6
Umbria	12,7	8,4	21,1	37,8	22,3	60,1	2,8
Marche	12,4	4,1	16,5	43,5	12,2	55,7	3,4
Lazio	11,1	3,5	14,6	32,3	9,2	41,5	2,9
Abruzzo	18,3	-	18,3	52,8	-	52,8	2,9
Molise	19,6	-	19,6	51,8	-	51,8	2,6
Campania	11,5	4,7	16,2	29,8	10,7	40,6	2,5
Puglia	9,2	4,5	13,7	29,5	12,7	42,3	3,1
Basilicata	10,5	3,9	14,4	30,2	11,9	42,0	2,9
Calabria	11,9	5,1	17,1	31,6	12,1	43,7	2,6
Sicillia	9,2	8,0	17,2	19,8	18,5	38,4	2,2
Sardegna	18,8	2,0	20,8	49,3	4,6	53,9	2,6
Italia	**11,5**	**4,7**	**16,3**	**37,3**	**14,1**	**51,4**	**3,2**

Regioni	Amministrativi x 10.000 ab.			Altro Personale x 10.000 ab.			Totale
	Az. usl	Az.. Osp	Totale	Az. usl	Az.. Osp	Totale	Dipendenti x 10.000 ab.
Piemonte	11,3	3,5	14,8	18,9	9,9	28,8	113,9
Valle D'Aosta	19,0	-	19,0	42,5	-	42,5	141,7
Lombardia	8,6	2,9	11,5	18,9	10,2	29,1	105,6
p.a. Bolzano	18,1	-	18,1	40,1	-	40,1	141,3
p.a. Trento	14,8	-	14,8	37,6	-	37,6	134,8
Veneto	10,3	1,8	12,1	22,8	4,2	27,0	119,4
Friuli V. Giulia	6,9	3,8	10,7	20,0	15,9	35,9	135,0
Liguria	9,1	3,1	12,3	22,9	11,9	34,8	126,9
Emilia Romagna	10,9	2,8	13,6	21,0	9,0	30,0	126,8
Toscana	9,9	2,1	12,0	25,2	7,6	32,8	127,6
Umbria	9,7	3,9	13,6	18,2	9,1	27,1	121,8
Marche	9,8	1,1	10,9	23,5	5,5	29,0	112,1
Lazio	8,8	1,6	10,4	20,5	4,8	25,3	91,7
Abruzzo	10,6	-	10,6	30,3	-	30,3	112,0
Molise	10,5	-	10,5	32,3	-	32,3	114,2
Campania	8,2	1,5	9,6	19,1	5,8	24,9	91,3
Puglia	8,5	1,7	10,2	19,2	7,0	26,2	92,3
Basilicata	7,6	1,4	9,0	24,9	4,9	29,8	95,3
Calabria	12,6	2,9	15,5	26,3	6,9	33,2	109,4
Sicilia	9,2	2,4	11,6	15,5	11,0	26,5	93,7
Sardegna	10,4	0,6	11,0	35,5	3,0	38,5	124,3
Italia	**9,6**	**2,2**	**11,8**	**21,4**	**7,5**	**28,9**	**108,4**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

home

TAVOLA 2.10.2. Personale del Ssn: retribuzione media e incidenza salario variabile

Regioni	Medici		Altri dirigenti		Altro personale		Totale personale	
	Retribuzione media migliaia di lire	Salario variabile x 100	Retribuzione media migliaia di lire	Salario variabile x 100	Retribuzione media migliaia di lire	Salario variabile x 100	Retribuzione media migliaia di lire	Salario variabile x 100
Piemonte	8.032,5	15,0	5.727,4	23,0	2.899,7	10,6	3.839,1	12,6
Valle d'Aosta	8.741,2	14,6	6.325,1	24,1	3.115,5	8,3	4.007,2	10,8
Lombardia	8.048,4	14,5	6.006,1	17,7	2.898,9	11,4	3.715,0	12,7
p.a. Bolzano	9.012,8	85,7	6.329,8	62,0	3.225,4	25,0	3.994,6	42,8
p.a. Trento	8.929,2	22,4	5.973,5	23,8	2.929,9	8,8	3.792,5	13,5
Veneto	8.499,2	14,4	5.804,0	14,5	2.938,5	10,2	3.823,8	11,7
Friuli Venezia Giulia	8.960,9	10,2	5.909,3	15,3	2.959,3	6,6	3.781,4	8,0
Liguria	8.060,5	7,1	5.737,5	16,2	2.937,1	5,7	3.731,0	6,6
Emilia Romagna	8.223,5	12,2	5.773,0	11,0	2.986,7	9,0	3.909,4	10,1
Toscana	8.335,6	9,3	5.907,8	14,3	3.048,9	8,8	3.892,1	9,2
Umbria	8.420,2	7,9	5.908,2	11,7	3.102,3	7,2	4.161,7	7,7
Marche	8.574,9	12,3	5.897,9	13,9	2.985,6	8,4	3.939,2	10,0
Lazio	8.197,2	6,0	5.815,1	5,6	2.948,0	8,3	3.910,4	7,4
Abruzzo	8.131,2	5,8	5.699,0	6,2	2.914,2	4,1	3.871,0	4,8
Molise	8.195,9	9,2	5.797,0	10,9	2.942,9	8,1	4.055,9	8,7
Campania	7.739,1	7,7	5.747,6	8,6	3.042,5	9,6	3.973,3	8,9
Puglia	8.372,2	8,2	5.943,6	9,2	2.956,4	7,9	3.863,5	8,1
Basilicata	8.010,5	3,3	5.569,0	2,0	2.952,9	3,5	3.905,7	3,3
Calabria	8.232,2	5,1	5.891,2	5,2	2.955,0	4,6	3.940,1	4,8
Sicillia	7.691,6	6,4	5.355,2	7,5	2.897,1	6,1	3.913,6	6,3
Sardegna	7.765,4	5,4	5.480,2	4,5	2.880,5	3,3	3.867,6	4,2
Italia	**8.148**	**10,8**	**5.795,7**	**12,**	**2.957,3**	**8,7**	**3.868,3**	**9,6**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica (RGS-IGOP)

TAVOLA 2.10.3 Personale del Ssn: incentivi e straordinari medi (migliaia di lire)

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	1.078,7	126,6	1.278,9	40,9	245,7	61,1	413,2	71,6
Valle d'Aosta	1.094,6	183,4	1.514,0	11,5	213,6	46,3	368,4	65,9
Lombardia	964,1	206,9	1.014,2	47,4	260,7	69,1	383,0	87,5
p.a. Bolzano	6.760,1	962,5	3.767,7	153,9	751,5	55,0	1.545,2	166,3
p.a. Trento	1.794,4	208,4	1.376,1	42,7	206,2	51,4	441,1	72,4
Veneto	955,4	265,4	774,3	65,6	227,5	71,2	348,1	99,2
Friuli Venezia Giulia	792,6	117,3	836,4	67,8	161,4	33,1	259,0	44,5
Liguria	485,6	84,5	894,7	32,2	123,5	42,7	199,1	48,0
Emilia Romagna	760,2	239,3	581,6	53,0	217,9	50,4	315,8	80,6
Toscana	628,9	148,3	788,7	54,1	213,4	53,7	290,6	67,2
Umbria	487,6	181,3	648,9	42,3	148,8	75,4	229,3	92,9
Marche	863,7	187,2	771,0	49,3	182,0	67,7	307,8	84,8
Lazio	321,8	166,8	295,3	29,9	105,1	140,3	147,9	139,8
Abruzzo	360,0	109,3	264,9	90,9	52,1	67,5	109,9	75,2
Molise	575,1	176,2	563,1	69,7	151,8	87,1	248,2	103,5
Campania	471,3	127,9	444,2	47,5	201,3	91,2	257,8	96,2
Puglia	434,4	255,7	464,0	82,7	135,4	99,5	191,5	121,9
Basilicata	105,5	159,9	55,6	55,5	27,9	74,0	41,9	87,2
Calabria	299,3	117,2	242,5	63,1	61,8	75,0	108,2	81,4
Sicillia	402,2	88,3	375,3	28,5	117,2	59,5	182,8	63,5
Sardegna	193,4	229,7	197,8	46,2	31,5	64,8	66,9	94,6
Italia	**698,0**	**182,4**	**646,7**	**51,0**	**184,3**	**73,4**	**280,6**	**89,7**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica (RGS-IGOP)

home

TAVOLA 2.11.1: Medicina di base

Regione	Adulti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attività prescrittiva delle Az. Usl (c)	Importo medio per ricetta (lire)
Piemonte	1.047	1.227	4,2	45.600
Valle d'Aosta	1.056	1.147	4,2	40.700
Lombardia	1.049	1.340	4,3	49.200
p.a. Bolzano	1.795	2.339	3,6	43.000
p.a. Trento	935	937	3,8	47.700
Veneto	1.092	1.189	4,4	40.500
Friuli Venezia Giulia	1.013	1.407	4,2	42.600
Liguria	1.011	933	4,9	48.800
Emilia Romagna	1.069	942	4,5	37.300
Toscana	1.004	1.051	5,1	40.800
Umbria	1.026	1.065	5,4	41.000
Marche	1.046	1.129	5,4	39.400
Lazio	923	1.044	4,8	44.100
Abruzzo	1.042	1.274	4,2	43000
Molise	1.011	1.465	4,6	44.700
Campania	1.038	1.979	6,3	46.500
Puglia	1.064	1.324	5,5	43.800
Basilicata	962	1.525	5,4	41.100
Calabria	974	1.382	5,8	45.600
Sicillia	1.054	1.174	6,1	42.700
Sardegna	1.051	1.224	4,8	38.500
Italia	**1.034**	**1.261**	**5,0**	**43.900**

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Ministero della sanità e Istat

(a) Residenti >14 anni per medico
(b) Residenti < 15 anni per pediatra
(c) Ricette per residente (popolazione pesata)

TAVOLA 2.12.1: Spesa farmaceutica convenzionata del Ssn pro-capite – Popolazione pesata e effettiva (a) (migliaia di lire)

Regioni	Lorda pro-capite pesata	Lorda pro-capite effettiva (b)	Ticket pro-capite pesata	Ticket pro-capite effettiva	Netta Ssn pro-capite pesata	Netta Ssn pro-capite effettiva
Piemonte	213.000	227.000	23.000	24.000	182.000	195.000
Valle d'Aosta	192.000	198.000	22.000	23.000	165.000	170.000
Lombardia	222.000	223.000	24.000	24.000	190.000	190.000
p.a. Bolzano	168.000	157.000	19.000	18.000	143.000	134.000
p.a. Trento	181.000	182.000	19.000	19.000	156.000	157.000
Veneto	202.000	203.000	24.000	24.000	171.000	172.000
Friuli Venezia Giulia	190.000	208.000	21.000	23.000	162.000	177.000
Liguria	250.000	289.000	25.000	29.000	215.000	249.000
Emilia Romagna	208.000	230.000	25.000	28.000	176.000	194.000
Toscana	223.000	245.000	25.000	28.000	189.000	209.000
Umbria	246.000	269.000	24.000	26.000	214.000	234.000
Marche	245.000	264.000	25.000	27.000	211.000	227.000
Lazio	281.000	277.000	27.000	27.000	242.000	238.000
Abruzzo	247.000	253.000	24.000	25.000	214.000	220.000
Molise	216.000	223.000	22.000	22.000	188.000	194.000
Campania	329.000	290.000	31.000	27.000	285.000	251.000
Puglia	276.000	254.000	25.000	23.000	239.000	220.000
Basilicata	249.000	240.000	24.000	23.000	216.000	209.000
Calabria	272.000	254.000	25.000	24.000	237.000	222.000
Sicilia	282.000	265.000	28.000	26.000	243.000	228.000
Sardegna	232.000	215.000	25.000	24.000	198.000	184.000
Italia	245.000	245.000	25.000	25.000	210.000	210.000

Dati 1997 – Elaborazione Prometeo su dati Istat

(a) Cfr; capitolo 7.
(b) Il dato di spesa farmaceutica netta pro-capite qui utilizzato, di fonte Istat, anno 1997, differisce leggermente dal dato sulla spesa farmaceutica convenzionata riportato in tavola 2.8.1. relativo ad un'altra fonte (Relazione generale sulla situazione economica del Paese 1999)

home

TAVOLA 2.12.2 Spesa farmaceutica convenzionata 1999 – Valori assoluti e tassi di variazione

Regioni	Ricette		Spesa netta		Spesa lorda	
	Numero	Variazione % 99/98	Miliardi di lire	Variazione % 99/98	Miliardi di lire	Variazione % 99/98
Piemonte	22.503.954	7,0	1.058,8	13,9	1.221,5	12,8
Valle d'Aosta	586.408	6,2	26,9	16,0	30,7	14,6
Lombardia	43.162.749	4,8	2.091,5	10,3	2.425,3	10,7
p.a. Bolzano	1.808.291	10,2	87,9	23,7	101,0	22,0
p.a. Trento	1.963.206	3,8	89,9	9,4	103,2	8,9
Veneto	22.346.893	6,8	976,9	13,2	1.137,3	12,1
Friuli Venezia Giulia	6.062.615	7,5	266,6	14,6	308,2	14,1
Liguria	10.240.114	5,5	478,9	9,8	552,5	8,8
Emilia Romagna	23.128.517	6,8	926,4	14,6	1.081,7	13,2
Toscana	21.671.419	6,0	858,4	10,4	1.001,2	9,4
Umbria	5.533.347	5,9	236,9	10,4	270,4	9,8
Marche	8.974.700	3,8	381,4	7,9	439,6	7,2
Lazio	32.044.869	6,7	1.496,9	10,8	1.733,7	11,4
Abruzzo	8.027.013	8,3	354,9	15,9	404,9	14,4
Molise	1.787.372	8,8	82,2	15,5	93,8	14,3
Campania	36.485.478	2,0	1.668,9	7,7	1.912,1	6,7
Puglia	23.340.074	6,2	1.073,9	10,0	1.232,2	9,3
Basilicata	3.504.218	6,3	152,8	11,0	174,1	10,2
Calabria	12.730.179	9,2	545,6	8,5	619,5	7,9
Sicillia	32.636.998	7,4	1.437,1	13,4	1.658,5	12,5
Sardegna	8.898.318	7,2	398,0	14,8	460,1	14,7
Italia	327.436.732	6,0	14.690,8	11,3	16.961,5	10,8

Dati ASSR

TAVOLA 2.12.3 Confronto fra spesa farmaceutica convenzionata netta e Fondo Sanitario Nazionale 1999

Regione	Spesa netta (*) (miliardi di lire)	Indicazione F.S.N. (miliardi di lire)	Scostamento % dal F.S.N.
Piemonte	1.048,0	1.003,7	4,4
Valle d'Aosta	26,2	26,9	-2,6
Lombardia	2.065,4	1.972,4	4,7
p.a. Bolzano	87,7	94,1	-6,8
p.a. Trento	89,1	102,9	-13,4
Veneto	969,54	983,6	-1,4
Friuli Venezia Giulia	253,8	283,6	-10,5
Liguria	472,6	416,0	13,6
Emilia Romagna	920,0	954,6	-3,6
Toscana	854,9	849,4	0,6
Umbria	229,2	199,6	14,8
Marche	374,9	341,9	9,7
Lazio	1.468,1	1.129,1	30,0
Abruzzo	351,5	286,0	22,9
Molise	80,7	74,5	8,3
Campania	1.644,6	1.117,6	47,2
Puglia	1.067,5	824,6	29,5
Basilicata	149,0	129,0	15,5
Calabria	540,6	424,7	27,3
Sicillia	1.417,8	1.047,6	35,3
Sardegna	394,7	338,2	16,7
Italia	14.505,84	12.600	15,1

Dati ASSR

home

TAVOLA 2.12.4 Andamento della spesa farmaceutica convenzionata 1999 – Valori assoluti e tassi di variazione

Regioni	Spesa netta pro-capite effettiva (lire)		Spesa netta pro-capite pesata* (lire)		Numero ricette pro-capite pesato*		Spesa netta per ricetta (lire)	
	1999	variaz. % 99/98	1999	variaz. % 99/98	1999	variaz. % 99/98	1999	variaz. % 99/98
Piemonte	247.092	12,1%	231.267	14,0%	4,9	6,5%	47.049	6,4%
Valle d'Aosta	223.775	16,6%	218.059	15,7%	4,8	6,7%	45.793	9,1%
Lombardia	231.433	11,5%	231.289	9,9%	4,8	4,3%	48.455	5,2%
Trentino A.A.	190.952	15,6%	**198.035	**16,7%	**4,2	**7,75%	**47.194	**8,6%
Veneto	217.514	12,8%	217.169	13,1%	5,0	6,4%	43.713	6,0%
Friuli V.G.	225.355	15,0%	206.747	15,2%	4,7	6,8%	43.974	6,6%
Liguria	294.345	10,5%	253.155	10,3%	5,4	5,9%	46.767	4,0%
Emilia Romagna	233.820	14,5%	212.857	14,9%	5,3	6,0%	40.054	7,3%
Toscana	243.380	10,3%	221.791	10,7%	5,6	5,7%	39.610	4,2%
Umbria	284.743	10,2%	259.688	10,4%	6,1	7,0%	42.814	4,2%
Marche	262.162	7,5%	244.613	8,1%	5,8	5,5%	42.503	3,9%
Lazio	284.745	10,7%	288.959	10,4%	6,2	6,9%	46.713	3,9%
Abruzzo	278.129	15,2%	269.631	15,0%	6,1	7,0%	44.212	7,0%
Molise	250.716	16,3%	240.782	15,0%	5,2	8,3%	46.009	6,1%
Campania	288.487	6,5%	326.080	7,5%	7,1	1,4%	45.741	5,6%
Puglia	263.224	10,1%	285.018	9,9%	6,2	6,9%	46.013	3,5%
Basilicata	252.177	12,2%	259.253	11,0%	5,9	5,4%	43.610	4,4%
Calabria	265.173	9,2%	281.143	8,5%	6,7	11,7%	42.164	-2,3%
Sicilia	282.169	13,8%	299.494	13,1%	6,8	7,9%	44.032	5,5%
Sardegna	240.942	16,0%	257.835	14,9%	5,8	7,4%	44.732	7,2%
Italia	255.117	11,3%	254.990	11,2%	5,7	5,6%	44.837	5,2%

Dati ASSR

** Popolazione pesata con i pesi usati dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità per il riparto della quota capitaria*
*** Stima*

TAVOLA 2.12.5 Confronto fra spesa farmaceutica lorda Ssn e valore della spesa complessiva per farmaci in classe "A" e "B"

Regioni	Prezzo al pubblico delle vendite di farmaci in classe "A" e "B" (miliardi di lire) (1)	Spesa farmaceutica lorda Ssn (a) (miliardi di lire) (2)	(2)/(1) %
Piemonte	1.450,0	1.221,6	84,2
Valle d'Aosta	37,6	30,7	81,6
Lombardia	3.121,0	2.425,3	77,7
Trentino A.A.	259,3	204,2	78,8
Veneto	1.398,2	1.137,3	81,3
Friuli V.G.	371,0	308,2	83,1
Liguria	622,7	552,5	88,7
Emilia Romagna	1.249,2	1.081,7	86,6
Toscana	1.187,2	1.001,2	84,3
Umbria	292,1	270,4	92,6
Marche	494,2	439,6	89,0
Lazio	1.654,1	1.733,7	104,8
Abruzzo	454,0	404,9	89,2
Molise	95,0	93,8	98,7
Campania	1.994,7	1.912,1	95,9
Puglia	1.316,5	1.232,2	93,6
Basilicata	178,7	174,1	97,4
Calabria	663,1	619,3	93,4
Sicilia	1.840,1	1.658,5	90,1
Sardegna	524,6	460,2	87,7
Italia	19.203,3	16.961,5	88,3

Dati IMS di "cessione" alle farmacie e ASSR

3. Atlante sanitario delle regioni italiane

Introduzione

home

La realizzazione di un Atlante sanitario regionale risponde ad un obiettivo metodologico specifico. Si tratta di uscire da una logica dell'"indistinto" nello studio della sanità regionale, impegnandosi in un'analisi che cerchi di recuperare la complessità e l'articolazione delle diverse situazioni territoriali, mediante una rielaborazione degli indicatori disponibili ed una loro originale organizzazione in un modello ad hoc. La dimensione d'analisi privilegiata diventa così quella della Azienda USL, che rappresenta un punto di riferimento fondamentale sia sotto il profilo delle peculiarità territoriali che in relazione alla concreta configurazione degli effettivi livelli decisionali locali. I primi paragrafi, rispettivamente relativi al Contesto demografico, al Contesto economico ed ai tassi standardizzati di Mortalità evitabile, si propongono di fornire indicazioni sulle principali caratteristiche socio-demografiche ed economiche delle singole Aziende Usl per arrivare a delineare, seppure indirettamente, alcuni tratti della domanda attraverso l'uso di alcuni indicatori strutturali, elaborati in modo originale dal gruppo Prometeo, a partire da dati di fonte Istat, Ancitel e Tagliacarne. Non si può tuttavia non ricordare che la scarsa disponibilità di dati sulla morbosità rende carente la descrizione della determinante chiave della domanda, rappresentata dallo stato di salute della popolazione.

L'indicatore utilizzato a tal fine è quello della mortalità evitabile, da cui si è partiti per costruire la classifica dello stato di salute della popolazione italiana basata sugli anni di vita perduti per cause di morte "evitabili" elaborata nell'ambito del modello generale, qui preso in considerazione al fine di fornire un indice, seppure parziale ed indiretto, delle condizioni di salute degli abitanti delle diverse Aziende Usl.

I successivi paragrafi (Spesa sanitaria pubblica pro-capite; Rete ospedaliera; Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl e delle Aziende ospedaliere; Medicina di base; Assistenza farmaceutica) forniscono, a partire dai dati disponibili di diversa fonte (Istat, Ministero della sanità, Ministero del tesoro) un quadro generale indicativo della dotazione delle Aziende Usl, sia sotto il profilo di risorse strutturali strategiche, rappresentate per esempio dai posti letto ospedalieri, e di personale, che in relazione alla spesa sostenuta per rispondere agli obiettivi di salute della popolazione del proprio territorio.

Il quadro che si viene così a ricostruire può rappresentare un punto di riferimento per l'analisi e la valutazione dell'assetto di ciascuna Azienda Usl rispetto alla dimensione della salute ed alla disponibilità di risorse sanitarie necessarie per garantire l'esercizio di un diritto fondante della cittadinanza sociale. I Paragrafi che seguono, uno per ciascuna regione, presentano la stessa articolazione dell'indice, al fine di rendere più agevole la consultazione ed il confronto tra i diversi aspetti analizzati in ognuno dei contesti regionali.

3.1. Piemonte

home

3.1.1. Contesto demografico

Nelle 22 Aziende Usl della regione Piemonte risulta ripartita una popolazione complessiva di 4.292.784 abitanti (dati Istat, 1997). Si tratta pertanto di Aziende Usl con una dimensione media intorno ai 195.000 residenti, valore che risulta pari a circa l'80% della dimensione media delle Aziende Usl registrata a livello nazionale (tav.3.1.1).
L'Azienda Usl con il numero più alto di residenti (344.145) è quella di Collegno a cui si contrappone come Azienda Usl di più ridotte dimensioni quella di Mondovì (86.343).
Le 4 Aziende Usl metropolitane di Torino presentano una dimensione che varia dai 194.477 abitanti dell'Azienda Usl Torino 4 ai 262.204 dell'Azienda Usl Torino 1, ma almeno altre due Aziende Usl presentano dimensioni superiori, quella di Novara (oltre i 300.000 abitanti) e quella di Chieri con circa 285.000 abitanti.
Accanto al dato meramente quantitativo va sottolineato che, dal punto di vista qualitativo, le Aziende Usl piemontesi sono caratterizzate per la maggior parte da una significativa presenza di popolazione anziana in rapporto alla popolazione giovanile (fino a 15 anni). Infatti, a fronte di un indice di vecchiaia regionale pari a 166,6 per cento, significativamente più alto rispetto a quello medio nazionale (118,0), sono presenti alcune significative differenziazioni a livello di singola Azienda Usl.
Emerge, infatti, il dato di Novi Ligure con 2,9 vecchi per ogni bambino (l'indice è infatti pari a 289,7 per 100) e quelli di Casale Monferrato e Alessandria con un rapporto pari a 2,5.
La situazione di Chieri e Collegno, con quest'ultima che è, come ricordato, l'Azienda Usl più popolosa, appare più in equilibrio per quanto riguarda il rapporto tra le generazioni estreme, con un indice di vecchiaia pari, rispettivamente a 103,6 e a 103,0, valori che risultano inferiori anche alla media nazionale.
Chieri, inoltre, è l'unica Azienda Usl in cui il tasso di natalità risulta più alto di quello di mortalità (9,2 per 1.000 contro 8,7), mentre Collegno presenta una situazione di crescita zero in cui i due tassi si equivalgono (8,7 per 1.000 abitanti). In generale, il tasso di mortalità regionale appare piuttosto elevato in confronto a quello nazionale (11,5 per 1.000 contro 9,8), mentre la situazione di declino demografico che caratterizza la maggioranza delle Aziende Usl piemontesi risulta confermata dal basso tasso di natalità - 8,1 per 1.000 - a fronte di un dato medio nazionale pari a 9,4 per 1.000. La punta in negativo è rappresentata da Novi Ligure (6,3 per 1.000) ed in positivo da Cuneo (9,3 per 1.000).
Le Aziende Usl più "giovani" sono caratterizzate anche dalla presenza di un più elevato numero di bambini di età inferiore ai 5 anni per 100 donne in età feconda (15-44 anni). Infatti il valore più alto di tale indicatore si registra a Cuneo (22,2 bimbi per 100 donne) ed a Savigliano (21,9) mentre il dato regionale (19,0) rimane comunque più basso rispetto a quello nazionale (22,0).

Più in generale, i dati che descrivono la struttura per età della popolazione all'interno di ciascuna Azienda Usl piemontese permettono di evidenziare la maggiore presenza di popolazione giovanile (fino a 14 anni) nel territorio di Chieri (13,8% di abitanti da 0 a 14 anni sul totale), Ciriè e Collegno (13,6%) che appaiono caratterizzate anche da una minore incidenza di popolazione superiore ai 64 anni.
Viceversa l'Azienda Usl più anziana è quella di Novi Ligure dove la quota di anziani sul totale raggiunge il 27,1% e l'incidenza dei 14enni è la più bassa (9,3%) riscontrabile a livello regionale.
È evidente che una tale differenziazione a livello di configurazione per età della popolazione tra le Aziende Usl piemontesi rappresenta un primo importante indicatore di una certa potenziale variabilità di situazioni sanitarie e di bisogni di salute, che rappresenta una sorta di precondizione per lo sviluppo delle caratteristiche e del livello di offerta in una direzione piuttosto che in un'altra. Infatti, pur nell'ambito di un quadro regionale che, come accade per gran parte del Nord del Paese, risulta caratterizzato da un importante fenomeno di invecchiamento della popolazione, che pone con forza i problemi di gestione del complesso delle malattie cronico-degenerative a forte impatto assistenziale legate all'invecchiamento, il maggiore equilibrio generazionale riscontrato in alcune Aziende Usl rende altrettanto importanti altri obiettivi come, ad esempio, quelli relativi al settore materno infantile. Il dato sul saldo migratorio aggiunge informazioni sulle caratteristiche strutturali della popolazione, evidenziando le Aziende Usl che attraggono nuovi abitanti e quelle caratterizzate da un più rilevante flusso di uscita.
I saldi negativi (-2,4 per 1.000 abitanti) si riscontrano solo nelle Aziende Usl di Torino (il dato in questo caso è relativo al comune di Torino in quanto non calcolabile a livello di singola Azienda Usl) mentre il tasso più elevato in entrata è quello fatto registrare a Novi Ligure (+8,0).
La descrizione del quadro demografico può essere completata dal dato sulla dimensione media dei nuclei familiari. Il dato regionale, con un numero medio di componenti pari a 2,4, è più basso rispetto alla media nazionale (2,7) che non viene raggiunta in nessuna delle Aziende Usl piemontesi. Le famiglie con dimensione media meno elevata si riscontrano nel territorio delle Aziende Usl metropolitane ed a Novi Ligure, dove la maggiore quota di anziani può dar luogo ad una maggiore presenza di famiglie unipersonali da essi costituite, che vanno ad incidere sul dato della dimensione familiare media. Le dimensioni familiari più consistenti (2,6) si riscontrano invece nelle più giovani Aziende Usl di Chivasso e Chieri caratterizzate anche da quota significative di popolazione giovanile.

3.1.2. Contesto economico (provinciale)

La descrizione del contesto economico, realizzata a partire da indicatori di tipo provinciale di fonte Ancitel e Tagliacarne e relativi all'anno 1997 (con l'unica esclusione dei dati sui redditi risalenti al 1995), permette di evidenziare la situazione vantaggiosa che caratterizza il territorio piemontese rispetto alla media nazionale. Infatti per tutti gli indicatori considerati i valori regionali hanno una valenza positiva se confrontati con quelli del resto del paese (tav.3.1.2).
Tuttavia, anche in questo caso, va segnalata la presenza di alcune significative variazioni all'interno del territorio regionale che descrivono la peculiarità, in negativo, di alcune zone.
Considerando, ad esempio il tasso di attività (ottenuto rapportando gli apparte-

nenti alle forze lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre), si evidenzia, accanto al dato regionale, significativamente più alto della media nazionale (43,2 per 100 residenti contro 39,8) la situazione di Alessandria con un tasso più basso anche di quello nazionale (38,8).
Anche i livelli del tasso di disoccupazione appaiono piuttosto ridotti se confrontati con il dato italiano. Le situazioni meno positive si registrano però nella provincia di Torino, sia per quanto riguarda il tasso di disoccupazione maschile (7,2) che quello femminile (16,2), mentre in altre province il dato è a livello di quota frizionale e risulta sempre significativamente inferiore al dato medio regionale.
L'indicatore relativo al valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo delle province piemontesi alla produzione di ricchezza, risulta ancora una volta a livello regionale più alto della media nazionale (36,5 milioni pro-capite contro 31,6).
In questo caso le punte in positivo, con una produzione di reddito più significativa, si registrano nella provincia di Biella (40,4 milioni pro-capite) e Torino (38,3), mentre la situazione meno florida riguarda la provincia di Asti, con 30 milioni pro-capite di valore aggiunto.
Un ulteriore indicatore della disponibilità economica diffusa a livello regionale e nell'ambito dei diversi territori provinciali, è rappresentato dal dato sull'imponibile medio per residente, che distribuisce il contributo individuale alla produzione di reddito tra i membri del nucleo familiare.
Anche in questo caso si registra nella regione un valore – 16, 848 milioni – più elevato di quello nazionale (13,614) in un quadro di differenziazione tra le province che non appare particolarmente marcato: si va dal dato più alto di Biella (18,106) a quello di basso di Verbania (14,651).
Infine, la situazione di relativo benessere economico che caratterizza l'intero territorio regionale appare confermata dall'indicatore relativo all'entità dei depositi bancari che fanno capo a ciascun abitante. Si tratta di un indicatore che, come già quello sull'imponibile, consente di approssimarsi alla effettiva disponibilità economica dei cittadini e non è direttamente collegato, come il dato sul valore aggiunto, alla struttura produttiva della territorio. A fronte della consueta valenza positiva dell'indicatore regionale rispetto a quello nazionale (20,4 milioni procapite contro 17,6) emerge in positivo la situazione di Vercelli (23,5) e, in negativo, anche rispetto alla media nazionale, quella della provincia di Verbania.

3.1.3. Mortalità evitabile

Come ricordato, i dati sulla mortalità evitabile, in assenza di informazioni adeguate sui livelli di morbosità, sono qui utilizzati per fornire qualche indicazione, seppure indiretta, sul livello complessivo di salute della popolazione.
A livello regionale complessivo la mortalità evitabile, elaborata a partire dai dati Istat 1995-97, presenta valori più alti della media nazionale (186,7 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 78,5 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9) (tav.3.1.3).
Anche in questo caso la situazione tra le diverse Aziende Usl appare differenziata. Si va dai 220,3 morti maschi per cause evitabili ogni 100.000 abitanti dello stesso sesso dell'Azienda Usl di Savigliano ai 164,1 circa delle Aziende Usl del

(1) Ricordiamo che l'Azienda Usl di Torino comprende le 4 Aziende Usl dell'area metropolitana.

Comune di Torino 1 sempre in relazione ai maschi. Per quel che riguarda le donne, le situazioni estreme sono rappresentate dalle Aziende Usl di Vercelli (con il valore più alto di mortalità evitabile: 90,5 morti evitabili per 100.000) e da quelle di Chieri e Alba con il valore più basso (61,9 per 100.000 donne).
È evidente che tale indicatore fornisce in misura indiretta e sintetica alcune informazioni su situazioni complesse che attengono alla diversa qualità degli interventi sanitari e, più in generale, alle condizioni di vita migliori e/o alla diversa incidenza di situazioni di rischio.
Considerando le diverse categorie di morti per cause evitabili, rispettivamente evitabili o riducibili grazia ad interventi sugli stili di vita, ad interventi di diagnosi e terapia precoce, ai problemi connessi con la strutturazione ed il funzionamento dell'organizzazione sanitaria, si evidenzia:
• per quel che concerne le morti evitabili grazie ad interventi di prevenzione primaria, i dati relativi alla regione nel suo complesso sono rispettivamente pari a 129,0 per gli uomini ed a 35,9 per le donne a fronte di dati medi nazionali inferiori (rispettivamente 117,0 e 30,8 per 100.000 abitanti);
• con riferimento ai decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, i dati piemontesi appaiono lievemente più alti rispetto alle medie nazionali: 2,9 contro 2,5 per i maschi e 24,0 contro 21,9 per le femmine;
• infine, le morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene ed assistenza sanitaria evidenziano una situazione regionale più favorevole, segnalata da dati lievemente inferiori a quelli nazionali.

3.1.4. Rete ospedaliera

La dimensione strutturale dell'offerta può essere analizzata a partire da un indicatore base come quello relativo alla dotazione di posti letto ospedalieri (dati di fonte Istat 1997), che consideri la dotazione complessiva dei posti letto rientranti nell'offerta del Servizio sanitario nazionale, ma tenendo conto della distinzione fondamentale tra rete ospedaliera pubblica, a sua volta distinta tra ospedali delle Aziende Usl ed Aziende Ospedaliere, e rete privata accreditata. Inoltre, qualche indicazione sul livello di copertura e qualità delle rete ospedaliera può essere fornita da un'ulteriore articolazione delle informazioni sui posti letto che consideri la loro ripartizione tra posti letto relativi a specialità di base, a media assistenza, ad elevata assistenza, fino alla terapia intensiva. Il dato sull'offerta viene completato dalle informazioni sui posti letto di riabilitazione e lungodegenza, che rappresentano un indicatore della capacità di affrontare i problemi di ricovero e assistenza posti dall' incidenza (peraltro crescente) delle malattie croniche.
Complessivamente, la dotazione di posti letto ospedalieri del Piemonte ammonta a 5,4 posti letto per 1.000 abitanti e risulta, pertanto, equivalente alla media nazionale (tav.3.1.5.).
Si tratta di una dotazione in larga parte pubblica e specificamente relativa agli ospedali delle Aziende Usl; infatti tale quota di offerta risulta pari a 2,7 posti letto per 1.000 in linea con il dato nazionale.
Per quel che concerne il dato sugli ospedali azienda, che distribuisce a livello regionale la disponibilità dei posti letto degli ospedali per definizione di rilevanza regionale, ammonta a 1,5 contro un valore nazionale di 1,6.
Infine, le strutture del privato accreditato danno luogo ad un'offerta complessiva di 1,1 posti letto per 1.000 abitanti ancora una volta equivalente alla media nazionale.

Anche in questo caso si registrano significative variazioni a livello di singola Azienda Usl. Si va da una dotazione decisamente superiore alla media nazionale e regionale registrata a Ciriè (10,0 posti per 1.000) al dato nettamente basso dell'Azienda Usl di Chivasso (2,3 per 1.000).
La presenza più significativa di strutture del privato accreditato si registra nell'Azienda Usl di Ciriè (4,8 per 1.000) ma la maggior parte delle Aziende Usl presenta una numerosità ridotta di questa componente dell'offerta ospedaliera.
Con riferimento all'analisi della articolazione per intensità di assistenza, a livello regionale la disponibilità di posti letto appare inferiore alle medie nazionali.
In particolare i letti di terapia intensiva ammontano a 11,7 per 100.000 abitanti a fronte di un valore nazionale superiore 13,2 (con le punte delle Aziende Usl di Vercelli e Casale Monferrato) ma la disponibilità di posti per lungo degenza risulta superiore a quella italiana, in coerenza con la struttura per età della popolazione (83,8 posti per 100.000 abitanti contro i 60,8 nazionali.
L'ultimo riferimento è al tasso di utilizzazione, che fornisce una misura, seppure parziale e approssimativa, della capacità di utilizzo efficiente di tale risorsa strutturale. In questo caso il dato regionale 77,2% risulta superiore a quello medio nazionale (74,8%). Il valore di Ciriè (85,6%) risulta il più alto a livello regionale, mentre il più basso (68,7%) si registra ad Omegna ed a Casale Monferrato.

3.1.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

I dati che descrivono la dotazione d'offerta a partire da una valutazione della risorsa personale sono di fonte Ministero del tesoro e relativi all'anno 1997 (tav. 3.1.5.).
Le informazioni si riferiscono ai medici ed agli infermieri delle Aziende Usl rapportati alla popolazione residente.
Nella valutazione del personale sono stati inseriti a livello di valore regionale, anche gli operatori impegnati nelle aziende ospedaliere per ottenere un dato complessivo sulla presenza e distribuzione del personale facente capo alle diverse Aziende Usl.
A fronte di un dato complessivo regionale di poco superiore a quello medio nazionale con riferimento alla disponibilità complessiva di medici per abitanti (17,4 per 10.000 abitanti conto i 16,3 nazionali), si riscontrano variazioni molto significative a livello di singola Azienda Usl. Si va infatti dai 24,8 di Vercelli ad una dotazione molto al di sotto della media nazionale e regionale riscontrabile a Cuneo con 9,5 medici Aziende Usl per 10.000 abitanti).
La dotazione complessiva di infermieri, risorsa sempre più strategia nel quadro delle modificazioni del modello assistenziale, appare lievemente superiore a quello nazionale (52,9 conto 51,4 per 10.000 abitanti.In questo caso si può evidenziare una situazione di probabile carenza di tale risorsa di personale a Cuneo (il valore 32,5 è significativamente più basso di quello medio) mentre la dotazione maggiore si riscontra nell'Azienda Usl di Savigliano (84,5).
La disponibilità di infermieri per medico varia dai 2,6 di Torino 4 ai 3,6 di Savigliano ma, in generale, corrisponde senza particolari variazioni al valore medio riscontrabile sia a livello regionale che nazionale (rispettivamente 3 e 3,2 infermieri per medico).
Complessivamente i dipendenti delle Aziende Usl a livello regionale ammontano a 113,9 per 10.000 abitanti contro un valore nazionale di 108,4, con un'oscillazione molto ampia che va dal dato di Cuneo (74,5 a quello di Savigliano pari a 170,9).

3.1.6. Medicina di base

L'indicatore utilizzabile per la valutazione della dotazione d'offerta riguardo alla medicina di base è rappresentato dalla disponibilità di medici di medicina generale e di pediatri di base in rapporto agli abitanti.
Con riferimento alla presenza sul territorio di medici di primo contatto rappresentati dai medici di famiglia, il dato piemontese sull'ammontare di adulti residenti per medico risulta di poco superiore alla media nazionale con 1.047 adulti per medico a fronte di un valore nazionale di 1.034 (dati 1997 di fonte Ministero della sanità) (Tav. 3.1.6.).
Una copertura più fitta risulta in due dell'Azienda Usl torinesi (Torino 1 e Torino 2) e nelle Aziende Usl di Asti e Novara con poco meno di 1.000 adulti residenti per medico, mentre nell'Azienda Usl di Savigliano si registrano poco più di 2.100 adulti per medico di medicina generale.
Con riferimento alla disponibilità di pediatri di base, il dato regionale sul numero di bambini residenti per medico pediatra (1.227 bambini per pediatra) appare di nuovo più alto della media nazionale (1.261), ma anche in questo caso non si può fare a meno di notare le differenziazioni riscontrabili a livello di singola Azienda Usl.
Il dato ministeriale va trattato in questo caso con qualche cautela, dal momento che registra un valore di complessa valutazione con riferimento ad esempio all'Azienda Usl di Savigliano, per la quale riporta un dato di quasi 7.000 bambini residenti per pediatra di base.
Le Aziende Usl dove si registra una disponibilità maggiore di pediatri, segnalata da un numero inferiore a 1.000 bambini per pediatra, sono quelle di Torino (con la parziale eccezione di Torino 1), Ciriè, Chivasso.
Il numero di ricette per assistito fornisce una parziale indicazione sull'attività prescrittiva in ciascuna Azienda Usl e fa riferimento ad una media regionale di 4,2 ricette per assistito contro un più alto valore nazionale (5,0), per una spesa media per ricetta superiore a quella italiana (45.600 lire contro 43.900). Le differenziazioni tra le Aziende Usl sono piuttosto consistenti: dalle 2,4 e 2,6 ricette per assistito di Savigliano e Cuneo alle 5 di Vercelli, con un importo medio anch'esso variabile dalle 56.800 lire di Casale Monferrato alle 39.200 di Mondovì.

home

TAVOLA 3.1.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Torino 1	262.204	|	|	|
Torino 2	237.926	177,4	10,5	7,6
Torino 3	222.608	|	|	|
Torino 4	194.477	|	|	|
Collegno	344.145	103,0	8,7	8,7
Cirié	191.019	114,7	9,4	8,8
Chivasso	190.324	113,4	9,5	9,0
Chieri	284.336	103,6	8,7	9,2
Ivrea	186.635	179,7	11,9	7,4
Pinerolo	128.425	181,6	12,4	7,8
Vercelli	183.065	209,2	13,7	7,3
Biella	182.667	196,9	13,4	7,5
Novara	305.763	154,6	11,5	8,4
Omegna	179.726	168,2	11,6	8,2
Cuneo	151.964	153,9	11,5	9,3
Mondovì	86.344	238,2	14,2	8,0
Savigliano	159.234	152,1	12,0	8,8
Alba	156.285	163,4	12,0	9,2
Asti	198.394	226,0	14,0	7,4
Alessandria	186.825	253,8	14,3	7,4
Casale Monferrato	117.811	254,4	15,7	6,8
Novi Ligure	142.612	289,7	16,0	6,3
Media regionale	4.292784	166,6	11,5	8,1
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	|	|	|	|	|	|
Torino 2	17,7	2,2	- 2,4	10,7	70,3	19,0
Torino 3	|	|	|	|	|	|
Torino 4	|	|	|	|	|	|
Collegno	19,7	2,5	1,3	13,6	72,3	14,0
Cirié	19,9	2,5	9,8	13,6	70,8	15,6
Chivasso	19,0	2,6	1,4	13,4	71,5	15,2
Chieri	20,3	2,6	1,8	13,8	71,9	14,3
Ivrea	19,3	2,3	2,1	11,6	67,4	20,9
Pinerolo	19,5	2,4	4,7	11,7	67,1	21,2
Vercelli	18,8	2,4	2,3	10,9	66,3	22,8
Biella	18,7	2,4	3,6	11,1	66,9	21,9
Novara	19,6	2,5	5,4	12,5	68,2	19,3
Omegna	18,6	2,4	3,7	11,7	68,5	19,8
Cuneo	22,2	2,4	3,9	13,1	66,7	20,2
Mondovì	20,8	2,3	6,2	10,9	63,0	26,0
Savigliano	21,9	2,5	6,2	13,1	66,9	20,0
Alba	21,4	2,5	6,7	12,7	66,6	20,7
Asti	18,4	2,4	6,0	10,8	64,9	24,3
Alessandria	16,2	2,3	4,4	9,7	65,6	24,7
Casale Monferrato	17,1	2,3	4,2	9,9	65,1	25,1
Novi Ligure	17,4	2,2	8,0	9,3	63,6	27,1
Media regionale	19,0	2,4	2,8	11,8	68,5	19,7
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

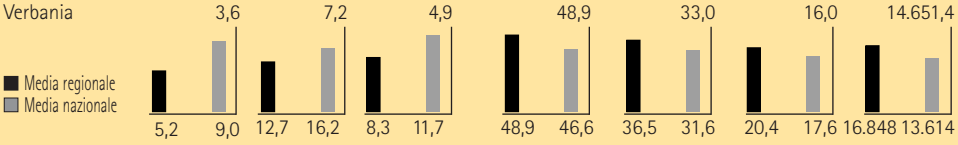
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.1.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi	Tasso Disoccupazione Femmine	Tasso Disoccupazione Totale	Tasso di attivita' x 100	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire)
Torino	7,2	16,2	10,9	50,6	38,3	19,9	17.606,6
Vercelli	3,9	11,6	7,0	50,1	34,5	23,5	17.132,8
Novara	3,4	7,7	5,1	48,5	36,2	20,4	17.901,6
Cuneo	2,6	7,8	4,6	47,3	33,9	23,0	14.796,6
Asti	2,9	7,8	4,9	47,3	30,0	21,4	14.705,9
Alessandria	3,4	10,7	6,3	43,0	34,1	19,8	15.921,8
Biella	2,4	6,0	3,9	50,3	40,4	18,9	18.105,7
Verbania	3,6	7,2	4,9	48,9	33,0	16,0	14.651,4

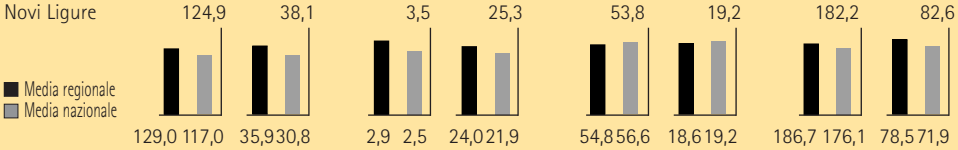


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.1.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	107,0	35,3	2,6	24,9	54,5	19,3	164,1	79,5
Torino 3								
Torino 4								
Collegno	117,7	35,0	3,1	26,1	50,4	17,7	171,2	78,8
Cirié	126,2	33,9	1,7	23,4	60,4	23,1	188,3	80,4
Chivasso	134,2	34,2	3,4	20,4	55,0	18,5	192,6	73,1
Chieri	107,7	28,2	2,2	21,3	48,7	12,4	158,6	61,9
Ivrea	145,6	38,7	2,7	19,4	56,0	19,6	204,3	77,7
Pinerolo	141,8	40,3	1,7	23,1	50,5	17,6	194,0	81,0
Vercelli	159,0	40,8	3,3	27,2	63,0	22,5	225,3	90,5
Biella	147,0	35,7	1,2	26,2	57,6	23,9	205,8	85,8
Novara	142,6	38,6	4,0	26,5	61,2	16,2	207,8	81,3
Omegna	153,1	43,6	2,7	22,5	71,0	21,9	226,8	88,0
Cuneo	145,5	39,7	5,3	21,7	50,0	20,2	200,8	81,6
Mondovì	147,1	39,2	4,4	23,9	45,7	14,9	197,2	78,0
Savigliano	156,1	41,7	3,2	24,1	61,0	21,7	220,3	87,5
Alba	127,0	31,0	2,4	18,2	46,0	12,7	175,4	61,9
Asti	127,6	32,8	3,9	27,1	54,3	18,7	185,8	78,6
Alessandria	135,2	32,5	3,8	23,7	56,9	19,9	195,9	76,1
Casale Monferrato	143,0	31,8	2,5	23,7	43,5	15,0	189,0	70,5
Novi Ligure	124,9	38,1	3,5	25,3	53,8	19,2	182,2	82,6



Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.1.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Torino 1	3,3		-	4,8
Torino 2	1,5		1,3	4,3
Torino 3	2,7		1,7	5,9
Torino 4	3,1		2,7	7,3
Collegno	1,3		0,4	3,2
Cirié	3,8		4,8	10,1
Chivasso	0,9		-	2,3
Chieri	1,8		0,9	4,2
Ivrea	3,4		0,5	5,4
Pinerolo	3,7	1,5	0,9	6,1
Vercelli	5,6		1,0	8,1
Biella	3,6		0,2	5,3
Novara	1,6		0,1	3,2
Omegna	3,5		3,0	8,0
Cuneo	1,0		1,9	4,5
Mondovì	3,3		-	4,8
Savigliano	4,6		-	6,1
Alba	2,9		2,0	6,4
Asti	3,6		1,3	6,3
Alessandria	1,5		1,5	4,4
Casale Monferrato	4,5		0,5	6,4
Novi Ligure	4,3		0,4	6,2
Media regionale	2,8	1,5	1,1	5,4
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Torino 1	321,8	79,8	12,7	12,4	53,9	82,1
Torino 2	293,7	55,2	11,2	9,0	57,8	77,7
Torino 3	213,3	138,8	67,8	13,3	156,3	74,4
Torino 4	563,6	82,2	22,0	9,8	53,4	70,6
Collegno	212,0	52,5	11,2	8,7	32,1	82,5
Cirié	305,2	117,7	14,9	5,2	564,6	85,6
Chivasso	162,6	39,2	11,2	9,4	11,2	84,1
Chieri	263,7	76,8	11,2	9,4	56,6	85,2
Ivrea	397,5	61,9	19,8	12,2	48,2	73,5
Pinerolo	467,9	82,4	11,2	17,7	28,3	79,7
Vercelli	606,2	96,4	19,4	19,9	66,4	69,3
Biella	369,7	89,5	21,1	20,0	25,4	75,3
Novara	223,2	47,4	11,2	7,8	29,8	77,7
Omegna	642,0	66,0	19,5	14,7	58,0	68,7
Cuneo	256,3	28,7	11,2	5,2	145,4	80,7
Mondovì	355,2	54,2	11,2	15,6	44,8	81,4
Savigliano	483,0	60,1	11,2	10,2	42,6	73,6
Alba	385,5	54,9	11,2	10,3	173,1	80,3
Asti	427,3	70,5	26,3	8,7	102,0	80,9
Alessandria	301,0	65,1	11,2	5,2	60,4	73,2
Casale Monferrato	491,7	77,1	22,2	19,6	29,0	68,7
Novi Ligure	472,6	65,1	11,2	29,0	40,7	76,4
Media regionale	353,6	71,0	17,4	11,7	83,8	77,2
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

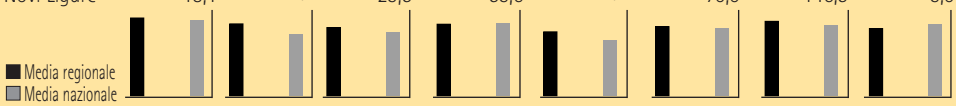
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.1.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Torino 1	9,1		14,6	24,5		40,8	99,8	2,8
Torino 2	8,4		13,8	25,9		42,2	92,2	3,1
Torino 3	12,2		17,6	35,2		51,5	112,7	2,9
Torino 4	14,6		20,0	35,4		51,8	114,2	2,6
Collegno	8,9		14,3	29,0		45,3	100,6	3,2
Cirié	8,3		13,8	27,5		43,8	95,3	3,2
Chivasso	7,7		13,2	23,9		40,2	85,6	3,0
Chieri	10,7		16,2	34,6		51,0	106,5	3,2
Ivrea	15,3		20,7	48,3		64,6	139,6	3,1
Pinerolo	13,9		19,3	44,3		60,6	131,7	3,1
Vercelli	19,3		24,8	56,4		72,8	158,1	2,9
Biella	14,7	5,5	20,1	43,4	16,3	59,7	129,2	3,0
Novara	8,2		13,6	21,7		38,0	79,6	2,8
Omegna	16,0		21,5	47,4		63,7	135,8	3,0
Cuneo	4,0		9,5	16,2		32,5	74,5	3,4
Mondovì	17,1		22,6	49,1		65,4	139,6	2,9
Savigliano	18,3		23,7	68,1		84,5	170,9	3,6
Alba	13,1		18,6	44,7		61,0	122,2	3,3
Asti	14,8		20,3	46,3		62,6	136,4	3,1
Alessandria	7,3		12,8	25,2		41,5	91,0	3,2
Casale Monferrato	16,5		21,9	49,1		65,4	129,1	3,0
Novi Ligure	18,1		23,5	53,6		70,0	146,5	3,0



11,9 11,5 5,5 4,7 17,4 16,3 36,5 37,3 16,3 14,1 52,9 51,4 113,9 108,4 3,0 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.1.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Torino 1	988	1.004	4,8	39.600
Torino 2	932	880	4,2	45.200
Torino 3	1.004	995	4,0	44.200
Torino 4	1.165	907	4,6	45.100
Collegno	1.039	1.043	4,3	44.800
Cirié	1.107	964	4,0	43.400
Chivasso	1.044	978	4,4	41.600
Chieri	1.025	1.007	4,6	52.600
Ivrea	1.044	1.144	3,9	42.700
Pinerolo]	1.031	1.500	3,9	46.200
Vercelli	1.020	1.812	5,0	40.600
Biella	1.015	2.544	4,0	46.800
Novara	987	1.414	4,9	51.600
Omegna	1.079	1.918	3,8	45.900
Cuneo	1.024	1.171	2,6	44.100
Mondovì	1.039	3.145	3,9	39.200
Savigliano	2.161	6.977	2,4	46.400
Alba	1.083	1.525	4,3	44.500
Asti	973	1.643	4,3	47.400
Alessandria	1.029	1.134	4,7	47.500
Casale Monferrato	1.041	1.452	4,3	56.800
Novi Ligure	1.026	1.025	4,3	42.600

1.046,7 1.034 1.227,2 1.261 4,2 5,0 45.600 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.2. Valle d'Aosta

home

3.2.1. Contesto demografico

I 119.417 residenti della Valle d'Aosta sono a carico di un'unica Azienda Usl, che, pertanto, risulta avere una dimensione di circa il 47% in termini di assistiti rispetto a quella media nazionale (tav.3.2.1.).
Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, la situazione dell'Azienda Usl di Aosta appare in linea con quella delle regioni del Nord del Paese, caratterizzate per la maggior parte da un consistente fenomeno di invecchiamento della popolazione.
La popolazione da 0 a 14 anni rappresenta il 12,5% del totale, il che segnala un'incidenza della popolazione giovanile più bassa rispetto a quella registrata a livello nazionale (14,6%). A ciò si associa un'incidenza di popolazione anziana (di età superiore ai 64 anni) pari al 18,1% che risulta superiore al valore medio nazionale del 17,3%. Ciò contribuisce a spiegare il valore dell'indice di vecchiaia pari a 144,7 per 100, sensibilmente più alto del valore nazionale (118 per 100).
Il tasso di natalità risulta inferiore al già basso valore registrato a livello nazionale (8,5 per 1.000 abitanti contro 9,4) mentre il tasso di mortalità risulta superiore: 10,6 per 1.000 contro 9,8.
L'indicatore che segnala il numero di bambini di età inferiore a 5 anni per 100 donne in età feconda presenta anch'esso un valore più basso di quello nazionale, 19,9 bimbi per 100 donne a fronte dei 22 bimbi per 100 donne relativo all'intero Paese.
La dimensione media della famiglia, anche a motivo del numero consistente di anziani che spesso vivono soli, è inferiore a quella nazionale (il numero medio di componenti è 2,3 contro il 2,7 fatto registrare a livello nazionale).
Tuttavia, il territorio dell'Azienda usl, che coincide con quello regionale, rappresenta un polo di attrazione sotto il profilo migratorio: il valore del tasso è pari al 5,4 per 1.000 contro un valore medio italiano del 2,2.

3.2.2. Contesto economico (provinciale)

La descrizione del contesto economico, che, come ricordato, è realizzata a partire da indicatori di tipo provinciale di fonte Ancitel e Tagliacarne relativi all'anno 1997 (con l'unica esclusione dei dati sui redditi risalenti al 1995), vede, in questo caso, sovrapposte le situazioni della provincia di Aosta e dell'Azienda usl, il cui territorio coincide, peraltro, con quello regionale.
I dati evidenziano quindi la situazione vantaggiosa della regione Valle d'Aosta sotto il profilo economico, dal momento che, nel confronto con il resto del paese, emerge la valenza positiva di tutti gli indicatori considerati (tav.3.2.2.).
Così è per il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre e che risulta pari a 52,4 per 100 a fronte di un

dato nazionale del 46,6 per 100.
Soprattutto il tasso di disoccupazione appare considerevolmente più basso di quello nazionale, 5,3 per 100 contro 11,7 per 100, con variazioni anche più significative se ci si riferisce al tasso di disoccupazione femminile pari a 7,4 per 100, contro il ben più elevato 16,2 per 100 nazionale, e a quello maschile 3,9 per 100, contro 9 per 100.
Anche l'indicatore relativo al valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale, risulta più elevato rispetto alla media nazionale (40,4 milioni di lire pro-capite contro 31,6).
Il dato sull'imponibile medio per residente, che distribuisce il contributo individuale alla produzione di reddito tra i membri del nucleo familiare ammonta a poco meno di 17 milioni e 500 mila lire (17,440 milioni) e fornisce una ulteriore importante indicazione sulla disponibilità economica diffusa a livello regionale (il dato nazionale si riferisce ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente).
Infine, la situazione di relativo benessere economico che caratterizza l'intero territorio regionale appare confermata dall'indicatore relativo all'entità dei depositi bancari che fanno capo a ciascun abitante e che risulta pari a 19,9 milioni pro-capite contro un valore medio nazionale pari a 17,6 milioni.

3.2.3. Mortalità evitabile

La situazione dell'unica Azienda Usl della regione Valle d'Aosta sotto il profilo della mortalità evitabile evidenzia valori più alti della media nazionale (con riferimento a tutte le cause si registrano 235,3 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 77,8 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9) (tav.3.2.3.).
Considerando le diverse categorie di morti per cause evitabili, rispettivamente evitabili o riducibili grazia ad interventi sugli stili di vita, ad interventi di diagnosi e terapia precoce, o legate ai problemi connessi con la strutturazione ed il funzionamento dell'organizzazione sanitaria si evidenzia, con un'unica eccezione, la situazione di svantaggio dell'Azienda Usl di Aosta rispetto al quella nazionale.
Infatti, se si esclude il dato sulle morti evitabili attribuibili a disfunzioni nelle misure di igiene e assistenza sanitaria relativo alle donne, che risulta pari a 18,7 per 100.000 abitanti contro un valore nazionale del 19,2, in tutti gli altri casi i valori della valle d'Aosta risultano superiori alla media nazionale. Particolarmente evidente è il dato relativo alle morti evitabili con interventi di prevenzione primaria che, per i maschi, è di 168,5 per 100.000 contro una media nazionale di 117,0.

3.2.4. Rete ospedaliera

La situazione dell'offerta ospedaliera dell'Azienda Usl di Aosta appare caratterizzata dalla presenza di una ospedalità pubblica in cui sono assenti Aziende ospedaliere e Istituti privati accreditati.
Sono quindi disponibili 4,4 posti letto pubblici per 1.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 5,4 (tav.3.2.4.).
Qualche informazione sul livello di copertura e qualità delle rete ospedaliera può essere desunta dai dati sull'articolazione dei posti letto per intensità di assistenza, che fa riferimento ad una disponibilità di posti relativi a specialità di base pari a 285,6 per 100.000 abitanti, ad una relativa ai posti letto per specialità a media

assistenza pari a 87,1 per 100,000, per specialità ad elevata assistenza pari a 36,8 per 100.000, e per terapia intensiva pari a 8,4 per 100.000. I valori medi nazionali risultano inferiori al dato dell'Azienda Usl di Aosta sia con riferimento alla disponibilità di posti per specialità a media assistenza (il dato nazionale ammonta in questo caso a 74,9 per 100.000 abitanti) che a quelli ad elevata assistenza (22,5 per 100.000). I posti letto di riabilitazione e lungodegenza, che rappresentano un indicatore della disponibilità di strutture per far fronte ai problemi sanitari dell'invecchiamento, ammontano in regione a 17,6 per 100.000 abitanti contro i 60,8 nazionali.
Infine, con riferimento al tasso di utilizzazione dei posti letto, il dato regionale risulta pari ad 82,8% superiore a quello medio nazionale (74,8%).

3.2.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Le informazioni sulla risorsa personale si riferiscono prima di tutto ai medici ed agli infermieri dell'Azienda Usl rapportati alla popolazione residente.
Con riferimento alla disponibilità di medici per abitanti, il dato complessivo regionale risulta superiore a quello medio nazionale (19 per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali). La dotazione complessiva di infermieri, risorsa sempre più strategica nel quadro delle modificazioni del modello assistenziale, appare anch'essa superiore a quella nazionale (61,1 contro 51,4 per 10.000 abitanti) (tav.3.2.5.).
La disponibilità di infermieri per medico coincide invece con il valore medio nazionale (3,2 infermieri per medico).
Complessivamente i dipendenti delle Aziende Usl a livello regionale ammontano a 141,7 per 10.000 abitanti contro un valore nazionale di 108,4.

3.2.6. Medicina di base

Il quadro della dotazione d'offerta con riferimento alla medicina di base evidenzia una disponibilità di medici di medicina generale sostanzialmente in linea con quella nazionale. Nell'Azienda Usl di Aosta si registra infatti un numero di adulti residenti per medico di poco superiore alla media nazionale, pari a 1.056 adulti per medico a fronte di un valore nazionale di 1.034 (dati 1997 di fonte Ministero della sanità) (Tav. 3.2.6.). Più intensa la copertura relativa alla pediatria, con 1.147 bambini residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base. A livello di attività prescrittiva, nell'Azienda Usl di Aosta si registra un valore di 4,2 ricette per assistito, contro un più alto valore nazionale (5,0), per una spesa media per ricetta inferiore a quella italiana (40.700 lire contro 43.900).

home

TAVOLA 3.2.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Aosta	119.417	144,7	10,6	8,5
Media regionale	119.417	144,7	10,6	8,5
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	19,9	2,3	5,4	12,5	69,4	18,1
Media regionale	19,9	2,3	5,4	12,5	69,4	18,1
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.2.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Aosta	3,9	7,4	5,3	52,4	40,4	25,1	17.440
Media regionale	3,9	7,4	5,3	52,4	40,4	25,1	17.440
Media nazionale	9,0	16,2	11,7	46,6	31,6	17,6	13.614

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.2.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	168,5	35,6	3,4	23,5	63,4	18,7	235,3	77,8
Media regionale	168,5	35,6	3,4	23,5	63,4	18,7	235,3	77,8
Media nazionale	117,0	30,8	2,5	21,9	56,6	19,2	176,1	71,9

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.2.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Aosta	4,4 / 2,8	- / 1,6	- / 1,1	4,4 / 5,4

■ Media regionale
■ Media nazionale

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. x 100 (d)
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	
Aosta	285,6 / 371,2	87,1 / 74,9	36,8 / 22,5	8,4 / 13,2	17,6 / 60,8	82,8 / 74,8

■ Media regionale
■ Media nazionale

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

TAVOLA 3.2.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Aosta	19,0 / 11,5	- / 4,7	19,0 / 16,3	61,1 / 37,3	- / 14,1	61,1 / 51,4	141,7 / 108,4	3,2 / 3,2

■ Media regionale
■ Media nazionale

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.2.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Aosta	1.056 / 1.034	1.147 / 1.261	4,2 / 5,0	40.700 / 43.900

■ Media regionale
■ Media nazionale

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.3. Lombardia

home

3.3.1. Contesto demografico

La popolazione complessiva della Lombardia è di 8.973.811 abitanti (dati Istat, 1997) ripartiti in 44 Aziende Usl con una dimensione media di circa 204.000 residenti, valore che risulta pari a circa l'80% della dimensione media delle Aziende Usl registrata a livello nazionale (tav.3.3.1.).
L'Azienda Usl con il numero più alto di residenti (398.418) è quella di Bergamo, seguita da Brescia anch'essa con una popolazione vicina ai 400.000 abitanti. Superano i 300.000 abitanti altre tre Aziende Usl Milano 4, Varese e Como a cui si contrappone come Azienda Usl di più ridotte dimensioni quella di Ostiglia (93.179 abitanti).
Dal punto di vista qualitativo, cioè con riferimento alle caratteristiche della struttura d'età, la popolazione delle Aziende Usl lombarde nel suo complesso è caratterizzata da una incidenza di popolazione giovanile sul totale più bassa di quella registrata a livello nazionale (12,9% contro 14,6%). La quota di anziani risulta invece leggermente più ridotta rispetto al dato nazionale (16,7% contro 17,3%).
Tra le Aziende Usl emerge la situazione di Voghera con una quota di giovani fino a 14 anni molto più bassa anche della quota regionale (9,3%), mentre tale incidenza supera il 15% nelle Aziende Usl di Ponte S.Pietro, Chiari e Treviglio. Sempre nell'Azienda Usl di Voghera, si riscontra anche la quota più elevata di anziani (26,7%) e tale incidenza percentuale supera il 20 % anche nelle Aziende Usl di Ostiglia, Viadana, Vigevano, Cremona e Mantova.
L'indice di vecchiaia regionale è pari al 129,7 per 100, più alto rispetto a quello medio nazionale (118,0), anche in questo caso con significative differenziazioni a livello di singola Azienda Usl.
Mentre Voghera si conferma come Azienda Usl più "anziana" (il valore dell'indice è pari a 288,3) accanto a Ostiglia, Cremona e Vigevano, dove l'indice è superiore a 2 anziani per ogni bambino, a Melegnano si registra il valore più basso (79,1 per 100) ed in altre 9 Aziende Usl il rapporto tra anziani e giovani non risulta favorevole ai primi.
Il tasso di natalità è più basso di quello nazionale: 9 nati vivi per 1.000 abitanti a fronte di un dato medio nazionale pari al 9,4 per 1.000. La punta in positivo è rappresentata da un tasso del 10,6 per 1.000 che si rileva a Ponte S.Pietro, Bergamo e Garbagnate ed in negativo dal 5,8 di Voghera.
In generale, il tasso di mortalità regionale appare meno elevato in confronto a quello nazionale (9,6 per 1.000 contro 9,8), con Rho che presenta il valore più basso (7 per 1.000) e con Voghera che fa registrare un tasso del 16,1 per 1.000.
Il numero di bambini di età inferiore ai 5 anni per 100 donne in età feconda (15-44 anni) risulta a livello regionale pari al 20 per 100, più basso quindi del dato nazionale di 22,0 bimbi per 100 donne. Il valore più alto di tale indicatore si registra a Ponte S.Pietro (23,3) ed il più basso (16,7) a Ostiglia e Voghera.
È evidente che una tale differenziazione a livello di configurazione per età della

popolazione tra le Aziende Usl rappresenta un primo importante indicatore di una certa potenziale variabilità di situazioni sanitarie.
Il quadro regionale, seppure caratterizzato dal fenomeno di invecchiamento della popolazione, appare, al suo interno, connotato meno nettamente in tal senso rispetto ad altre regioni del Nord del Paese, ma presenta una serie di situazioni molto diversificate a livello di singola Azienda Usl; convivono, infatti, casi di maggiore equilibrio generazionale e aree con un problema di invecchiamento nettamente più marcato. Il dato sul tasso migratorio aggiunge informazioni sulle caratteristiche strutturali della popolazione, evidenziando le Aziende Usl che attraggono nuovi abitanti e quelle caratterizzate da un più rilevante flusso di uscita. Un tasso negativo (-6,3 per 1.000 abitanti) si riscontra solo nell'Azienda Usl di Cinisello mentre il tasso più elevato in entrata è quello fatto registrare a Salò (11,5) a fronte di un valore medio regionale superiore a quello nazionale (3,9 contro 2,2 per 1.000 abitanti). La descrizione del quadro demografico può essere completata dal dato sulla dimensione media dei nuclei familiari. Il dato regionale, con un numero medio di componenti pari a 2,5, è più basso rispetto alla media nazionale (2,7) che rappresenta anche il valore più alto raggiunto dalle Aziende Usl lombarde. Le famiglie con dimensione media meno elevata si riscontrano nel territorio delle Aziende Usl del comune di Milano[1].

3.3.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica delle province della regione, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, si differenzia in positivo rispetto al resto del Paese con riferimento all'insieme dei parametri presi in considerazione (tav.3.3.2.).
Il tasso di attività risulta pari a 50,3 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è nettamente più basso sia con riferimento agli uomini (3,8 contro il 9 per 100 nazionale) che alle donne (8,9 contro il 16,2 per 100 nazionale), a fronte di un dato complessivo del 5,8 per 100, mentre il dato italiano è pari all'11,7 per 100.
La provincia con la situazione peggiore sotto questo profilo, segnalata da valori più elevati degli indicatori di disoccupazione, è quella di Milano (7,3 per 100 è il tasso complessivo), cui si contrappone la situazione di Lecco che presenta, sotto il profilo della disoccupazione valori molto più bassi anche rispetto alla media nazionale. Più elevato della media nazionale il dato che misura l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto pro-capite risulta pari a 40,8 milioni di lire contro la media nazionale di 31,6 milioni, con le differenze in positivo della provincia di Milano ed in negativo di quella di Sondrio. L'imponibile medio per residente è anch'esso superiore alla media nazionale: quasi 18 milioni contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente, con il valore più basso registrato ancora una volta a Sondrio (13,313) ed il più alto a Milano (20,314).
I depositi bancari procapite risultano pari a 25,2 milioni di lire contro il valore nazionale di 17,6 milioni, con gli estremi già rilevati.

3.3.3. Mortalità evitabile

Gli indicatori sulla mortalità evitabile, riferiti a tutte le cause, presentano valori

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

più elevati della media nazionale sia per quel che concerne gli uomini che le donne. Si registrano, infatti, 192,8 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 75,2 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9) (Tav.3.3.3.). In questo caso si rileva una punta negativa relativa agli uomini nell'Azienda Usl di Sondrio, mentre con riferimento alle donne il tasso più elevato si registra nell'Azienda Usl di Gardone Val Trompia. Viceversa, la mortalità evitabile meno elevata si riscontra, per gli uomini, nell'Azienda Usl di Busto Arsizio e, per le donne, in quella di Viadana.
Considerando le diverse categorie di morti per cause evitabili, rispettivamente evitabili o riducibili grazie ad interventi sugli stili di vita, ad interventi di diagnosi e terapia precoce, o collegati ai problemi connessi con la strutturazione ed il funzionamento dell'organizzazione sanitaria, si evidenzia:
• per quel che concerne le morti evitabili grazie ad interventi di prevenzione primaria, i dati relativi alla regione nel suo complesso appaiono più elevati di quelli fatti registrare a livello nazionale; sono, infatti, rispettivamente pari a 131,1 per gli uomini ed a 32,6 per le donne a fronte di dati medi nazionali inferiori (rispettivamente 117,0 e 30,8 per 100.000 abitanti). Inoltre si evidenzia, in negativo, la situazione di Breno per quel che concerne il tasso maschile (218,9 per 100.000), mentre con riferimento alla mortalità evitabile femminile il tasso più elevato si riscontra nell'Azienda Usl di Vigevano (42,8);
• con riferimento ai decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, i dati della Lombardia appaiono di nuovo più alti, seppure lievemente rispetto alle medie nazionali: 2,8 contro 2,5 per i maschi e 24,2 contro 21,9 per le femmine, con punte in negativo riscontrabili per gli uomini e per le donne nell'Azienda Usl di Crema, 5,0 e 32,3;
• infine, le morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene ed assistenza sanitaria evidenziano di nuovo una situazione regionale meno positiva rispetto a quella nazionale per quel che riguarda gli uomini e solo di poco più favorevole per qual che concerne le donne, con valori più elevati per gli uomini nell'Azienda Usl di Breno e per le donne in quella di Ponte S. Pietro.

3.3.4. Rete ospedaliera

L'offerta ospedaliera della regione è sostanzialmente equivalente a quella media nazionale, essendo pari a 5,5 posti letto per 1.000 abitanti tra quelli pubblici e del privato accreditato a fronte di un dato nazionale di 5,4 (Tav.3.3.4.).
In particolare:
• la disponibilità di posti letto negli ospedali delle Aziende Usl risulta meno ampia rispetto alla media nazionale (2,4 posti letto per 1.000 contro una media nazionale del 2,8);
• quella relativa ai posti letto delle Aziende ospedaliere è più elevata (2,1 per 1.000 abitanti contro 1,6);
• è leggermente più bassa quella degli Istituti privati accreditati (1 per 1.000 contro l'1,1 nazionale).
Come sempre è possibile rilevare alcune significative variazioni a livello di singola Azienda Usl. Complessivamente, la disponibilità di posti letto è maggiore nell'Azienda Usl di Busto Arsizio e più limitata in quella di Milano 5, Azienda Usl non dotata di strutture ospedaliere (come la Milano 2 e 4).
Con riferimento all'offerta, negli ospedali delle Aziende Usl si registra una prevalenza nelle Aziende Usl di Busto Arsizio (5,1), Voghera e Garbagnate (5,0 posti

letto per 1.000 abitanti). L'offerta di posti letto del privato accreditato, invece, è più ampia nell'Azienda Usl di Brescia (4,4) ed è del tutto assente in 20 delle 44 Aziende Usl in cui è suddiviso il territorio regionale.
Sotto il profilo qualitativo, la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata a livello di singola Azienda Usl, ma è, in generale, più bassa della media nazionale nel caso dei posti letto per specialità di base (366,6 per 100.000 abitanti contro il dato nazionale di 371,2), e per i letti di riabilitazione e lungodegenza (57,8 per 100.000 contro 60,8) nonché, seppure di poco, per i posti letto per terapia intensiva e subintensiva (12,7 contro 13,2). La maggiore presenza di posti letto per specialità di base si riscontra nell'Azienda Usl di Busto Arsizio e quindi a Voghera, mentre l'offerta di posti letto per specialità a media assistenza è più elevata a Garbagnate. L'offerta di posti letto per specialità ad elevata assistenza e per terapia intensiva è più consistente a Melegnano. Infine, nell'Azienda Usl di Brescia è decisamente più alto della media regionale il dato sulla disponibilità di posti per riabilitazione e lungodegenza (153,4), mentre è più deficitaria sotto questo profilo la situazione dell'Azienda Usl di Crema (20,2 posti letto per 100.000 abitanti). Il tasso di utilizzazione varia dal 104,7% dell'Azienda Usl di Milano 2 al 53,6% di quella di Milano 4, a fronte di una media regionale (75,8%) più elevata del dato nazionale (74,8%).

3.3.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

La disponibilità di medici dipendenti del Ssn in rapporto agli abitanti risulta complessivamente inferiore a quella fatta registrare a livello nazionale (14,0 medici per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali) con una situazione di maggiore presenza nell'Aziende Usl di Voghera (21,1 per 10.000) e minore in quella di Milano 5 (7,2) (Tav.3.3.5.).
Più ampia rispetto a quanto registrato a livello nazionale è la disponibilità di medici nelle Aziende Ospedaliere (5,3 medici per 10.000 abitanti contro 4,7).
La dotazione complessiva della risorsa infermieri appare, invece, sostanzialmente equivalente a quella nazionale (51 contro 51,4 per 10.000 abitanti) e variabile tra le Aziende Usl, con il dato più elevato riscontrabile nell'Azienda Usl di Sondrio ed il più basso a Milano 5. La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è inferiore rispetto al dato nazionale con riferimento alla situazione degli ospedali delle Aziende Usl (33,7 per 10.000 contro 37,3), mentre è più elevata nelle aziende ospedaliere (17,3 contro 14,1).
La disponibilità di infermieri per medico nella regione è più alta rispetto al valore medio nazionale (3,6 contro 3,2 infermieri per medico), con la punta in positivo (4,5) fatta registrare nell'Azienda Usl di Mantova e in negativo in quella di Vigevano con 2,9 infermieri per medico.
Il numero di dipendenti Aziende Usl in rapporto alla popolazione è più ridotto rispetto al dato nazionale (105,6 per 10.000 a fronte di un valore nazionale di 108,4) con il più basso tasso riscontrabile nell'Azienda Usl di Milano 5 ed il più alto nella Aziende Usl di Garbagnate.

3.3.6. Medicina di base

Per quel che concerne la medicina di base, il quadro della dotazione d'offerta evidenzia una disponibilità lievemente minore di medici di medicina generale in rap-

home

porto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale. Si registra infatti un numero di adulti residenti per medico poco superiore alla media nazionale, 1.049 adulti per medico a fronte di un valore nazionale di 1.034 (Tav. 3.3.6.).

Anche con riferimento alla pediatria, la disponibilità di pediatri di base appare inferiore alla media nazionale con 1.340 bambini (da 0 a 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di un valore nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base.

Sono riscontrabili differenze a livello di singola Azienda Usl, con una copertura più fitta a livello di medicina di base nelle Aziende Usl di Milano 2,3,4 e 6 con meno di 1.000 adulti per medico.

Per quel che riguarda la pediatria di base, la situazione di maggiore copertura si riscontra nelle Aziende Usl di Salò, Milano 1, 4 e 5 con meno di 1.000 bambini per pediatra, mentre si rilevano più di 2.400 bambini per pediatra di base a Chiari e Leno.

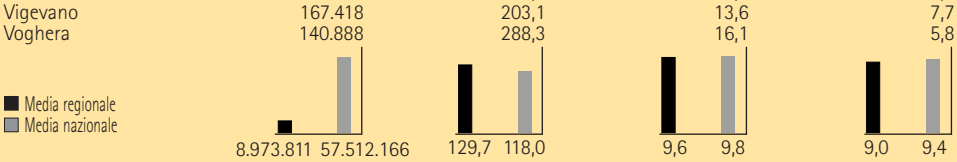
A livello di attività prescrittiva, si registra nella regione un valore di 4,3 ricette per assistito, in tutte le Aziende Usl sempre inferiore alla media nazionale pari a 5, con l'esclusione di Chiari e Breno (5,1) e Milano 1 e Vigevano (5). In questo caso, si registra il valore più basso (2,9) nell'Azienda Usl di Salò.

La spesa media per ricetta regionale è superiore a quella italiana (49.200 lire contro 43.900), e l'Azienda Usl con una spesa più bassa è quella di Vigevano (41.000 lire in media a ricetta), contro il valore più alto registrato a Milano 1 (57.400).

home

TAVOLA 3.3.1. Contesto demografico

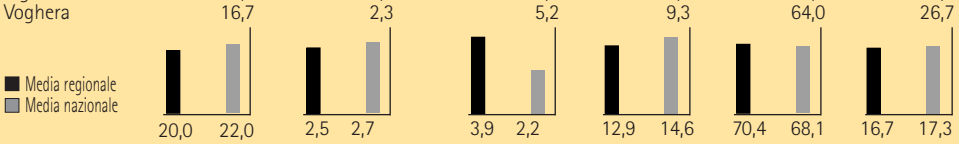
Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Varese	323.873	134,4	9,8	9,0
Gallarate	219.875	124,0	9,3	9,0
Busto Arsizio	199.283	121,4	9,4	8,8
Saronno	155.946	107,8	9,1	9,0
Como	303.476	137,6	9,6	9,4
Cantù	177.412	102,4	8,5	9,7
Lecco	202.215	122,7	9,2	9,6
Merate	103.038	103,9	9,5	9,8
Sondrio	177.290	112,5	10,2	9,7
Albino	162.957	111,3	9,7	9,7
Ponte S. Pietro	195.142	88,8	8,7	10,6
Bergamo	398.418	104,9	8,4	10,6
Treviglio	190.054	87,1	8,1	9,1
Chiari	171.167	89,8	9,0	10,1
Breno	95.872	101,0	10,2	9,0
Gardone Val Trompia	104.540	91,6	8,4	9,4
Salò	162.126	144,4	10,2	9,7
Brescia	396.783	127,8	9,4	9,6
Leno	145.899	105,2	8,9	10,0
Viadana	120.840	190,9	12,4	7,8
Mantova	192.833	178,2	10,8	8,1
Ostiglia	93.179	230,6	12,9	6,4
Cremona	153.456	209,7	13,3	7,6
Crema	141.754	117,9	9,6	8,5
Lodi	199.477	134,5	10,6	8,7
Melegnano	144.436	79,1	7,1	9,8
Cernusco	254.394	85,1	7,7	10,1
Vimercate	179.285	98,6	7,6	9,7
Monza	291.691	114,1	8,2	9,2
Desio	254.579	95,1	8,0	9,4
Cinisello	275.078	110,0	8,3	8,5
Garbagnate	200.933	83,7	7,8	10,6
Rho	160.379	87,0	7,0	10,1
Legnano	234.054	117,7	9,1	9,0
Magenta	169.346	108,5	9,3	9,3
Milano 1	174.890			
Milano 2	192.285			
Milano 3	267.978	191,4	10,1	8,0
Milano 4	346.175			
Milano 5	274.560			
Milano 6	271.399			
Pavia	187.145	174,4	11,8	8,5
Vigevano	167.418	203,1	13,6	7,7
Voghera	140.888	288,3	16,1	5,8



home

Segue – TAVOLA 3.3.1. Contesto demografico

USL	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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
Varese	21,2	2,6	2,8	13,3	68,8	17,9
Gallarate	20,5	2,6	2,8	13,4	70,0	16,6
Busto Arsizio	20,4	2,7	2,2	13,4	70,4	16,2
Saronno	20,9	2,6	4,0	14,0	70,9	15,1
Como	20,8	2,6	2,2	13,0	69,1	17,9
Cantù	21,8	2,7	3,7	14,6	70,5	14,9
Lecco	22,0	2,6	3,1	13,8	69,3	16,9
Merate	21,8	2,7	6,7	14,6	70,3	15,1
Sondrio	22,6	2,6	0,6	14,8	68,6	16,6
Albino	22,5	2,6	2,9	14,3	69,9	15,9
Ponte S. Pietro	23,3	2,7	4,7	15,6	70,5	13,9
Bergamo	21,6	2,6	6,9	14,2	70,9	14,9
Treviglio	22,2	2,7	5,3	15,4	71,2	13,4
Chiari	22,5	2,7	7,2	15,5	70,5	13,9
Breno	21,9	2,6	0,6	15,0	69,8	15,2
Gardone Val Trompia	21,2	2,7	2,3	14,8	71,7	13,5
Salò	20,3	2,5	11,5	12,9	68,6	18,6
Brescia	20,0	2,4	7,4	12,9	70,6	16,5
Leno	22,4	2,7	6,6	14,9	69,5	15,6
Viadana	19,9	2,6	7,9	11,9	65,5	22,6
Mantova	17,6	2,7	4,9	11,3	68,6	20,1
Ostiglia	16,7	2,6	5,3	10,5	65,1	24,3
Cremona	17,9	2,4	3,3	10,5	67,5	22,0
Crema	20,5	2,6	7,3	13,8	69,9	16,3
Lodi	20,0	2,6	8,8	12,8	70,0	17,2
Melegnano	20,2	2,6	0,3	14,2	74,5	11,3
Cernusco	20,3	2,6	3,6	14,3	73,6	12,2
Vimercate	20,9	2,6	6,6	14,1	71,9	13,9
Monza	19,6	2,6	3,4	13,0	72,2	14,8
Desio	20,5	2,7	4,6	14,1	72,5	13,4
Cinisello	18,5	2,5	-6,3	12,5	73,7	13,8
Garbagnate	21,1	2,7	2,6	14,5	73,3	12,2
Rho	19,7	2,6	1,5	14,3	73,3	12,4
Legnano	19,6	2,6	4,0	13,2	71,2	15,6
Magenta	20,6	2,6	8,1	13,9	71,0	15,1
Milano 1						
Milano 2						
Milano 3	17,1	2,1	1,9	10,1	70,5	19,4
Milano 4						
Milano 5						
Milano 6						
Pavia	18,9	2,3	6,8	11,3	69,0	19,7
Vigevano	18,4	2,5	5,7	10,8	67,3	21,9
Voghera	16,7	2,3	5,2	9,3	64,0	26,7



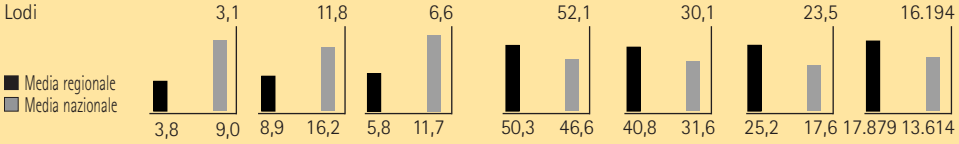
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.3.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Varese	4,1	11,7	7,2	50,6	36,0	21,3	16.913
Como	2,2	8,5	4,6	51,2	35,3	21,7	16.754
Sondrio	3,9	9,4	5,8	51,6	26,7	20,4	13.313
Milano	4,9	10,8	7,3	50,9	49,7	28,8	20.314
Bergamo	2,5	5,4	3,6	49,7	35,0	22,5	16.490
Brescia	3,3	6,0	4,3	48,9	35,8	23,4	14.957
Pavia	3,8	6,8	5,0	46,6	28,2	23,7	16.384
Cremona	2,8	6,3	4,2	47,1	32,2	25,4	16.167
Mantova	2,2	6,4	3,9	51,1	37,9	23,8	15.360
Lecco	1,0	3,7	2,1	54,2	38,1	21,3	18.137
Lodi	3,1	11,8	6,6	52,1	30,1	23,5	16.194

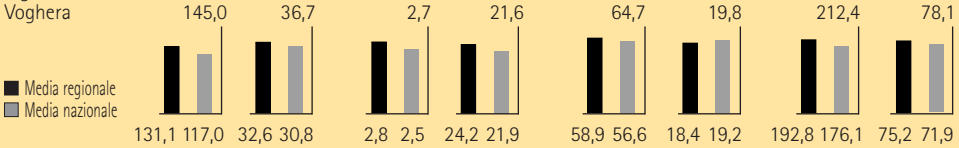


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.3.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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
Varese	119,1	31,0	2,7	19,2	61,3	17,3	183,1	67,5
Gallarate	113,4	34,0	3,5	20,3	52,9	19,6	169,8	73,9
Busto Arsizio	102,3	29,4	2,3	26,7	52,9	21,1	157,5	77,2
Saronno	116,1	21,2	3,7	26,6	53,7	18,0	173,5	65,8
Como	117,6	27,9	3,5	25,3	59,2	14,0	180,3	67,2
Cantù	121,5	25,8	2,6	29,0	63,5	18,8	187,6	73,6
Lecco	123,9	30,1	2,3	18,1	64,3	19,6	190,5	67,8
Merate	117,6	28,3	1,6	26,5	58,1	17,2	177,3	72,0
Sondrio	181,0	38,4	1,3	17,9	66,5	12,2	248,8	68,5
Albino	146,1	36,2	2,8	22,7	56,3	21,0	205,2	79,9
Ponte S. Pietro	159,9	40,8	2,3	20,5	66,8	26,1	229,0	87,4
Bergamo	125,8	38,0	3,3	27,9	55,3	19,2	184,4	85,1
Treviglio	162,5	37,0	2,0	20,1	66,1	20,2	230,6	77,3
Chiari	161,1	32,8	2,5	23,7	66,2	16,6	229,8	73,1
Breno	218,9	36,9	3,1	24,2	85,3	20,6	307,3	81,7
Gardone Val Trompia	164,8	38,4	3,4	27,6	71,2	25,5	239,4	91,5
Salò	142,9	30,7	2,5	23,9	67,9	17,6	213,3	72,2
Brescia	144,0	32,9	3,2	23,7	55,6	16,2	202,8	72,8
Leno	156,7	30,2	1,7	23,3	61,7	20,7	220,1	74,2
Viadana	138,6	22,9	2,1	21,0	49,9	15,9	190,6	59,8
Mantova	131,4	30,7	2,3	19,6	52,8	20,4	186,5	70,7
Ostiglia	123,0	37,7	0,5	18,3	59,8	22,1	183,3	78,1
Cremona	159,3	32,0	3,7	19,3	65,4	13,9	228,4	65,2
Crema	151,4	31,1	5,0	32,3	75,5	19,4	231,9	82,8
Lodi	168,9	36,3	2,3	21,9	61,9	17,0	233,1	75,2
Melegnano	128,4	28,5	4,4	24,7	51,7	20,9	184,5	74,1
Cernusco	124,4	32,0	2,1	23,8	56,9	19,3	183,4	75,1
Vimercate	126,5	27,6	3,2	25,2	58,4	21,6	188,1	74,4
Monza	114,5	28,7	2,7	25,3	54,3	19,1	171,5	73,1
Desio	113,1	30,8	1,6	24,0	57,4	21,3	172,1	76,1
Cinisello	127,1	30,2	2,1	23,1	53,1	17,7	182,3	71,0
Garbagnate	115,8	31,2	3,0	26,3	60,3	20,2	179,1	77,7
Rho	123,7	31,9	4,4	21,7	55,0	14,1	183,1	67,7
Legnano	124,9	24,3	3,0	27,9	64,6	15,0	192,5	67,2
Magenta	140,5	31,3	2,2	29,3	58,4	20,8	201,1	81,4
Milano 1	116,6	35,3	2,7	26,4	53,9	17,4	173,2	79,1
Milano 2	116,6	35,3	2,7	26,4	53,9	17,4	173,2	79,1
Milano 3	116,6	35,3	2,7	26,4	53,9	17,4	173,2	79,1
Milano 4	116,6	35,3	2,7	26,4	53,9	17,4	173,2	79,1
Milano 5	116,6	35,3	2,7	26,4	53,9	17,4	173,2	79,1
Milano 6	116,6	35,3	2,7	26,4	53,9	17,4	173,2	79,1
Pavia	142,4	36,1	3,9	24,1	68,3	22,3	214,6	82,5
Vigevano	150,9	42,8	2,7	22,8	66,5	16,2	220,1	81,8
Voghera	145,0	36,7	2,7	21,6	64,7	19,8	212,4	78,1



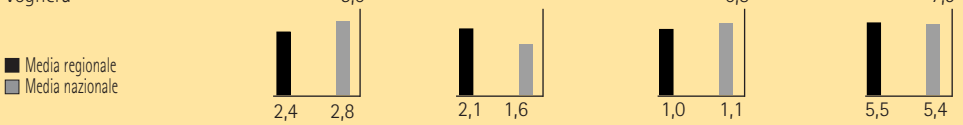
Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.3.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

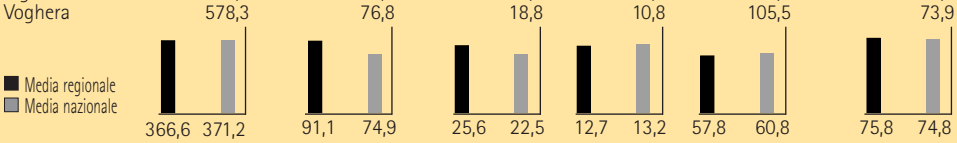
Usl	Posti letto x 1.000 abitanti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Varese	2,3		-	4,4
Gallarate	3,8		-	5,9
Busto Arsizio	5,1		2,9	10,0
Saronno	3,6		-	5,7
Como	1,8		1,4	5,3
Cantù	3,6		-	5,7
Lecco	0,9		1,0	4,0
Merate	3,3		-	5,4
Sondrio	4,2		-	6,3
Albino	4,4		-	6,5
Ponte S. Pietro	0,6		2,6	5,4
Bergamo	1,4		1,4	4,9
Treviglio	3,3		1,7	7,1
Chiari	3,3		-	5,4
Breno	4,2		-	6,3
Gardone Val Trompia	1,7		1,1	5,0
Salò	4,4		0,5	7,1
Brescia	1,6		4,4	8,2
Leno	3,2		-	5,3
Viadana	4,0		-	6,2
Mantova	1,1		0,5	3,7
Ostiglia	3,3		-	5,4
Cremona	0,7	2,1	2,7	5,5
Crema	3,5		-	5,6
Lodi	4,4		-	6,5
Melegnano	3,1		2,6	7,8
Cernusco	2,1		-	4,2
Vimercate	3,6		-	5,7
Monza	0,5		2,0	4,7
Desio	2,1		-	4,2
Cinisello	1,9		0,2	4,3
Garbagnate	5,0		1,2	8,3
Rho	3,8		-	5,9
Legnano	4,0		-	6,2
Magenta	4,3		-	6,4
Milano 1	2,4		0,8	5,3
Milano 2	-		2,2	4,3
Milano 3	0,7		2,1	4,9
Milano 4	-		2,3	4,4
Milano 5	-		0,5	2,6
Milano 6	0,6		1,7	4,4
Pavia	0,4		1,3	3,9
Vigevano	3,3		1,3	6,7
Voghera	5,0		0,8	7,9



home

Segue – TAVOLA 3.3.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 100.000 residenti (a)					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Varese	294,7	73,1	19,4	8,0	49,3	75,0
Gallarate	427,0	95,2	18,8	12,9	39,9	82,3
Busto Arsizio	684,5	212,7	35,4	16,5	54,4	66,1
Saronno	426,2	84,1	18,8	14,2	24,9	78,0
Como	332,8	67,0	18,8	10,8	102,3	81,7
Cantù	413,0	85,1	24,4	11,6	37,8	73,9
Lecco	244,7	50,5	18,8	6,5	78,1	68,8
Merate	361,3	112,6	18,8	21,1	23,1	77,0
Sondrio	463,4	90,2	24,4	13,3	43,5	68,1
Albino	506,0	81,2	18,8	7,7	39,2	72,9
Ponte S. Pietro	368,4	83,6	18,8	12,1	52,2	76,6
Bergamo	331,8	80,7	27,3	10,3	38,9	73,8
Treviglio	484,3	105,0	33,0	17,5	68,5	75,8
Chiari	382,0	84,2	21,7	11,2	42,2	80,6
Breno	487,4	86,3	18,8	15,9	23,6	78,8
Gardone Val Trompia	397,1	45,6	18,8	6,5	29,6	75,4
Salò	455,5	128,9	25,0	13,9	84,4	82,0
Brescia	472,8	144,4	32,2	13,8	153,4	69,5
Leno	398,3	71,6	18,8	14,7	26,3	83,7
Viadana	414,3	73,7	18,8	13,1	95,6	81,0
Mantova	226,6	51,3	18,8	8,6	64,1	80,3
Ostiglia	406,7	62,8	18,8	6,5	42,1	78,9
Cremona	377,0	55,4	18,8	6,5	94,1	71,5
Crema	404,2	99,2	18,8	14,3	20,2	75,0
Lodi	452,4	92,7	28,8	18,5	62,4	77,5
Melegnano	466,1	193,7	63,1	27,2	26,4	85,4
Cernusco	287,5	66,0	18,8	12,8	38,1	80,3
Vimercate	413,9	96,9	25,5	13,2	23,1	79,2
Monza	266,1	62,1	18,8	6,5	113,0	74,4
Desio	259,1	88,4	22,3	10,8	43,6	79,6
Cinisello	285,4	85,6	18,8	11,6	26,6	76,3
Garbagnate	483,8	221,2	36,7	22,4	67,6	83,0
Rho	354,3	72,4	41,9	20,2	103,8	74,5
Legnano	408,8	119,5	47,0	18,0	21,7	78,1
Magenta	455,0	97,0	38,3	14,8	32,4	79,1
Milano 1	348,5	90,8	35,4	8,8	46,2	71,1
Milano 2	257,0	66,4	24,0	10,7	70,4	104,7
Milano 3	256,8	88,5	22,5	15,4	108,6	75,0
Milano 4	254,4	100,8	37,9	22,7	24,0	53,6
Milano 5	147,4	45,6	18,8	6,5	45,9	82,0
Milano 6	294,5	71,0	33,1	8,3	33,7	71,2
Pavia	266,6	63,2	18,8	6,5	32,9	69,9
Vigevano	499,4	72,5	18,8	15,5	64,9	77,2
Voghera	578,3	76,8	18,8	10,8	105,5	73,9



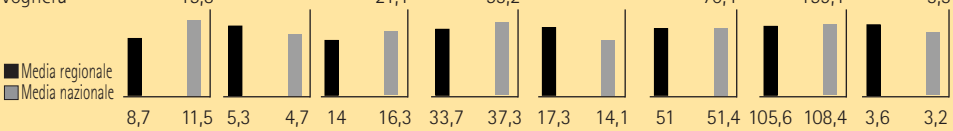
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.3.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Varese	8,4		13,7	35,9		53,1	114,1	3,9
Gallarate	12,0		17,3	45,6		62,9	126,8	3,6
Busto Arsizio	15,1		20,4	57,4		74,6	144,8	3,7
Saronno	10,2		15,5	39,7		56,9	116,7	3,7
Como	4,3		9,6	16,6		33,9	77,4	3,5
Cantù	7,2		12,5	35,7		52,9	106,3	4,2
Lecco	3,1		8,4	16,7		33,9	69,6	4,0
Merate	11,5		16,8	45,3		62,6	122,4	3,7
Sondrio	14,9		20,3	69,3		86,5	172,0	4,3
Albino	10,3		15,6	45,1		62,4	125,3	4,0
Ponte S. Pietro	3,5		8,9	15,9		33,1	69,0	3,7
Bergamo	6,0		11,4	26,5		43,7	89,2	3,9
Treviglio	10,9		16,3	38,8		56,0	109,9	3,4
Chiari	10,6		15,9	37,9		55,2	120,6	3,5
Breno	12,7		18,1	56,2		73,5	142,5	4,1
Gardone Val Trompia	5,6		11,0	26,9		44,1	90,4	4,0
Salò	11,7		17,1	48,0		65,2	132,3	3,8
Brescia	5,4		10,7	23,1		40,3	90,4	3,8
Leno	10,7		16,0	47,6		64,9	133,1	4,0
Viadana	13,7		19,1	53,5		70,7	142,6	3,7
Mantova	7,1		12,4	38,2		55,5	113,3	4,5
Ostiglia	10,6	5,3	16,0	49,3	17,3	66,5	129,1	4,2
Cremona	4,2		9,6	23,3		40,6	84,1	4,2
Crema	13,4		18,7	44,7		61,9	125,8	3,3
Lodi	15,4		20,7	55,5		72,8	151,8	3,5
Melegnano	13,6		18,9	48,9		66,1	134,0	3,5
Cernusco	9,3		14,6	32,4		49,6	98,6	3,4
Vimercate	12,4		17,7	40,9		58,2	116,1	3,3
Monza	3,8		9,2	16,6		33,8	68,4	3,7
Desio	9,8		15,2	38,4		55,7	107,9	3,7
Cinisello	10,3		15,6	31,8		49,1	101,4	3,1
Garbagnate	15,4		20,7	63,4		80,7	174,4	3,9
Rho	13,2		18,5	47,1		64,4	130,0	3,5
Legnano	12,9		18,2	48,9		66,1	139,3	3,6
Magenta	14,6		20,0	53,6		70,8	138,7	3,5
Milano 1	5,5		10,8	15,7		32,9	82,9	3,0
Milano 2	4,5		9,8	18,1		35,3	80,5	3,6
Milano 3	5,7		11,0	20,9		38,2	84,2	3,5
Milano 4	2,4		7,7	8,7		25,9	54,0	3,4
Milano 5	1,8		7,2	7,3		24,6	51,1	3,4
Milano 6	5,7		11,0	18,8		36,0	74,1	3,3
Pavia	5,6		10,9	16,8		34,0	75,8	3,1
Vigevano	13,0		18,4	36,0		53,3	114,2	2,9
Voghera	15,8		21,1	53,2		70,4	159,1	3,3



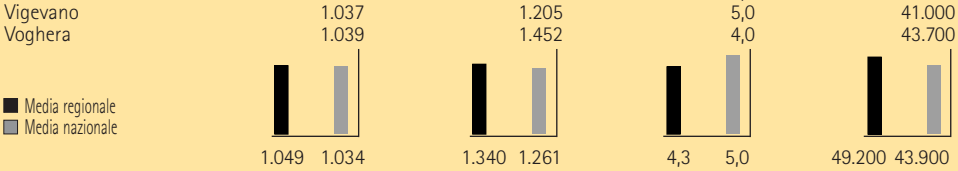
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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.

home

TAVOLA 3.3.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Varese	1.044	1.724	4,2	45.800
Gallarate	1.101	1.841	3,9	50.100
Busto Arsizio	1.021	1.213	4,1	50.700
Saronno	1.024	1.287	4,3	49.100
Como	1.105	1.972	4,0	45.700
Cantù	1.045	1.362	4,1	46.100
Lecco	1.083	1.392	4,1	47.200
Merate	1.024	1.500	3,5	42.800
Sondrio	1.049	2.181	3,5	48.900
Albino	1.035	2.112	4,4	45.200
Ponte S. Pietro	1.056	2.342	4,5	48.400
Bergamo	1.113	1.666	4,3	46.000
Treviglio	1.065	1.463	4,7	56.000
Chiari	1.079	2.416	5,1	46.100
Breno	1.072	2.400	5,1	46.600
Gardone Val Trompia	1.013	1.544	4,8	54.100
Salò	1.139	993	2,9	50.200
Brescia	1.118	1.089	4,8	43.200
Leno	1.080	2.409	4,9	48.300
Viadana	1.065	1.792	4,7	45.700
Mantova	1.031	1.279	4,6	46.800
Ostiglia	1.097	1.229	4,9	49.800
Cremona	1.082	1.342	4,2	50.600
Crema	1.091	1.633	4,7	44.400
Lodi	1.067	1.345	4,3	51.100
Melegnano	1.077	1.083	4,5	55.400
Cernusco	1.085	1.009	4,1	51.400
Vimercate	1.047	1.055	4,2	49.100
Monza	1.028	1.115	4,1	48.800
Desio	1.027	1.282	4,2	52.700
Cinisello	1.007	1.148	4,5	52.200
Garbagnate	1.060	1.217	4,5	48.200
Rho	1.026	1.430	4,1	52.600
Legnano	1.047	1.476	4,0	45.200
Magenta	1.080	1.241	4,2	47.800
Milano 1	1.007	985	5,0	57.400
Milano 2	982	1.300	4,4	56.600
Milano 3	963	1.182	4,4	56.300
Milano 4	994	949	4,0	51.200
Milano 5	1.045	928	4,0	50.200
Milano 6	942	1.019	4,9	54.500
Pavia	1.099	1.114	4,3	50.200
Vigevano	1.037	1.205	5,0	41.000
Voghera	1.039	1.452	4,0	43.700



Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.4. Provincia autonoma di Bolzano

home

3.4.1. Contesto demografico

La popolazione della provincia autonoma di Bolzano, pari nel 1997 a 455.850 abitanti, fa capo a 4 diverse Aziende Usl, la più popolosa delle quali è quella del capoluogo, la Centro-sud Bolzano con oltre 200.000 abitanti (tav.3.4.1.).
La Nord Bressanone, con meno di 65.000 abitanti, è l'Azienda Usl di dimensioni più ridotte.
Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, che rappresenta un punto d'avvio importante per l'analisi delle caratteristiche della domanda di sanità, la provincia di Bolzano presenta una situazione peculiare che la distingue nettamente da quanto si riscontra nella maggioranza delle regioni del Nord.
A livello provinciale, il dato sull'incidenza di popolazione fino a 14 anni sul totale appare superiore (16,9%) rispetto a quello fatto registrare a livello nazionale (14,6%), mentre appare più ridotta la quota di anziani sul totale (15% contro il 17,3% nazionale).
La provincia di Bolzano appare dunque più "giovane" rispetto alle aree limitrofe, con punte in positivo anche rispetto alle media provinciale nell'Azienda Usl Est Brunico (con un'incidenza di popolazione fino a 14 anni pari al 19,9% del totale), nella Nord Bressanone (19,3%) e, seppure in misura minore, nella Ovest Merano (17,7%). Similmente, nelle due Aziende Usl Est Brunico e Nord Bressanone si segnala anche una più ridotta presenza di anziani rispetto al già ridotto valore provinciale (rispettivamente 12,3% e 13,1% contro il 15%).
Di conseguenza, particolarmente basso è il valore dell'indice di vecchiaia, 88,4 per 100 (a fronte di una media nazionale del 118 per 100), con le punte in positivo delle due Aziende Usl succitate.
Coerente con questo quadro demografico è anche il tasso di mortalità (7,8 per 1.000 a livello provinciale, contro il valore nazionale del 9,8 per 1.000) e quello di natalità, pari al 12,3 per 1.000, che supera ampiamente quello di mortalità, con le punte delle Aziende Usl di Brunico e Bressanone, a fronte di un valore nazionale del 9,4 per 1.000.
Anche il numero di bimbi per 100 donne in età feconda è, di conseguenza, piuttosto elevato (26,4 per 100 donne, contro un valore nazionale del 22,0 per 100), con ben tre Aziende Usl al di sopra della stessa media provinciale.
Il dato sul numero medio di componenti della famiglia conferma il quadro di peculiarità, soprattutto di alcune Aziende Usl della provincia: Brunico e Bressanone fanno rilevare un numero medio di componenti del nucleo familiare rispettivamente pari a 3,2 e 3 a fronte di un dato provinciale del 2,8, già leggermente superiore a quello nazionale (2,7). Una più consistente presenza di anziani ed un andamento dell'insieme degli indicatori considerati più in linea con i valori medi nazionali si riscontra nell'Azienda Usl del capoluogo che, con la maggiore incidenza di anziani, presenta con ogni probabilità anche alcune peculiarità di situazioni di assistenza, meno diffuse nelle zone con minore pre-

senza di anziani e maggiore incidenza di popolazione minorile.
Infine, va segnalato che il tasso migratorio risulta è in linea con quello medio nazionale (entrambi 2,2 per 1.000 abitanti).

3.4.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della provincia, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, appare piuttosto florida. Nel confronto con il resto del Paese, i dati evidenziano infatti uno scarto positivo a favore della provincia con riferimento a tutti gli indicatori considerati (tav.3.4.2.). Il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze di lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre, risulta pari al 56,6 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è a livello di quota frizionale sia con riferimento agli uomini che alle donne (rispettivamente 2,1 per 100 per gli uomini contro il 9 per 100 nazionale e 3,4 per le donne contro il 16,2 per 100 nazionale, a fronte di un dato complessivo del 2,6 per 100 (contro 11,7 per 100 nazionale).
Particolarmente positivo anche il dato che misura l'apporto complessivo della provincia alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto pro-capite risulta pari a 41,3 milioni ed è più elevato rispetto alla media nazionale (31,6). L'imponibile medio per residente è di 15,768 milioni di lire contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente. Il dato sui depositi bancari pro-capite ammonta a 25,5 milioni ed è anch'esso significativamente superiore al dato medio nazionale pari a 17,6 milioni.

3.4.3. Mortalità evitabile

Con riferimento a tutte le cause, l'indicatore sulla mortalità evitabile presenta valori più alti della media nazionale per quel che concerne gli uomini e leggermente più basso per le donne.
Si registrano, infatti, 187,2 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 68,9 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9 (tav.3.4.3.).
Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria ammontano a 133,8 per 100.000 per i maschi ed a 30,9 per le donne, con le punte in negativo dell'Azienda Usl nord Bressanone per quel che concerne gli uomini (159,4 per 100.000 con riferimento agli uomini) e al Centro-sud Bolzano per le donne (33,3 per 100.000) a fronte di rispettivi dati nazionali sensibilmente più bassi (117,0 ogni 100.000 abitanti per gli uomini e 30,8 per le donne).
Meno netta, anche se sempre presente, la differenza con i dati medi nazionali in positivo per quel che concerne le morti evitabili con adeguati interventi di diagnosi precoce e terapia relative agli uomini e, in negativo, per quel che concerne le donne.
Nel caso delle morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i dati della provincia risultano leggermente più bassi di quelli riscontrati a livello nazionale (51,1 per 100.000 per gli uomini e 15,6 per le donne, contro valori rispettivamente pari a 56,6 e 19,2 per 100.000) con differenziazioni tra le Aziende Usl che si mantengono tutte più basse della media nazionale con l'unica esclusione dell'Azienda Usl di Brunico per quel che concerne gli uomini (con 57,1 per 100.000) e dell'Azienda Usl di Bressanone per quel che concerne le donne (20,7 per 100.000).

3.4.4. Rete ospedaliera

Per quel che concerne la situazione dell'offerta ospedaliera della provincia va segnalata la disponibilità complessiva di 6,3 posti letto tra quelli pubblici e del privato accreditato per 1.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 5,4. (Tav.3.4.4.). Non sono presenti aziende ospedaliere ma l'offerta prevalente è di tipo pubblico, con 5,2 posti letto per 1.000 abitanti delle Aziende Usl e 1,0 degli istituti privati accreditati. La disponibilità di posti letto è maggiore nell'Azienda Usl di Bressanone sia con riferimento ai pubblici (6,6 per 1.000 abitanti) che a quelli del privato accreditato (2,2).
Sotto il profilo qualitativo, la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata con una maggiore incidenza dei posti letto per specialità a media assistenza e terapia intensiva nell'Azienda Usl del capoluogo e la presenza esclusiva in questa stessa Azienda Usl di letti per specialità ad elevata assistenza. I letti per lungodegenza e riabilitazione sono di gran lunga più presenti, invece, nell'Azienda Usl di Bressanone.
Anche il tasso di utilizzazione appare piuttosto variabile: raggiunge l'80,8% alla Centro sud Bolzano e risulta pari al 66,1% nella Ovest Merano a fronte di una media provinciale del 74,9% sostanzialmente equivalente al dato medio nazionale (74,8%).

3.4.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Con riferimento alla disponibilità di medici per abitanti, il dato complessivo provinciale risulta superiore a quello medio nazionale (14,9 per 10.000 abitanti contro gli 11,5 nazionali) con una situazione di maggiore presenza nelle Aziende Usl di Bolzano (16,4 per 10.000) e di Bressanone (15,4) (tav.3.4.5.).
La dotazione complessiva della risorsa infermieri appare decisamente superiore a quella nazionale (68,2 contro 51,4 per 10.000 abitanti) ed anch'essa variabile tra le Aziende Usl. Una maggiore disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti si riscontra infatti a Bressanone (83,6 per 10.000) e la più bassa a Merano (58,1).
La disponibilità di infermieri per medico supera in generale il valore medio nazionale (4,6 contro 3,2 infermieri per medico) ed è più ampia a Brunico e Bressanone.
In queste due Aziende Usl risulta anche più elevato il numero di dipendenti Aziende Usl in rapporto alla popolazione, con 159,6 dipendenti per 10.000 abitanti a Bressanone e 150 a Brunico, contro un valore complessivo riferito alla provincia pari a 141,3 per 10.000 abitanti e a fronte di un valore nazionale di 108,4.

3.4.6. Medicina di base

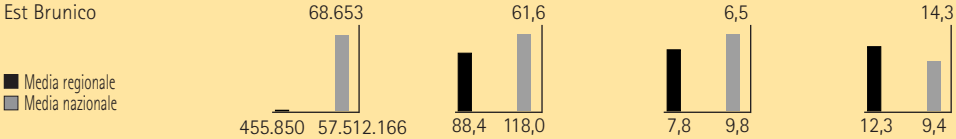
Il quadro della dotazione d'offerta con riferimento alla medicina di base, secondo i dati del 1997 di fonte Ministero della sanità, evidenzia una minore disponibilità di medici di medicina generale in rapporto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale. Nella provincia si registra infatti un numero di adulti residenti per medico superiore alla media nazionale e pari a 1.795 adulti per medico, a fronte di un valore nazionale di 1.034 (Tav. 3.4.6.).
La situazione si ripropone anche con riferimento alla pediatria, con 2.339 bam-

bini residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base. Sono riscontrabili differenze a livello di singola Azienda Usl, con una copertura più fitta a livello di medicina di base a Brunico (1.447 adulti per medico) a cui si contrappone una maggiore carenza di pediatri (oltre 4.500 bambini per pediatra). Più equilibrata la situazione riscontrabile a Bolzano con 1.665 residenti fino a 14 anni per pediatra, ma Bolzano è anche l'Azienda Usl che presenta un'incidenza minore di popolazione di questa fascia di età. A livello di attività prescrittiva, si registra nella provincia un valore di 3,6 ricette per assistito, poco variabile tra le Aziende Usl, contro un più alto valore nazionale (5,0), per una spesa media per ricetta solo di poco inferiore a quella italiana (43.000 lire contro 43.900).

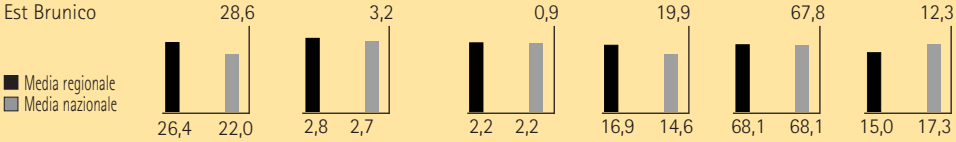
home

TAVOLA 3.4.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Centro-sud Bolzano	203.352	110,2	8,3	11,2
Ovest Merano	119.629	87,1	8,1	12,5
Nord Bressanone	64.217	67,8	7,4	13,2
Est Brunico	68.653	61,6	6,5	14,3



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	23,8	2,6	3,5	14,7	69,0	16,2
Ovest Merano	28,3	2,7	1,1	17,7	66,9	15,4
Nord Bressanone	28,3	3,0	1,2	19,3	67,6	13,1
Est Brunico	28,6	3,2	0,9	19,9	67,8	12,3

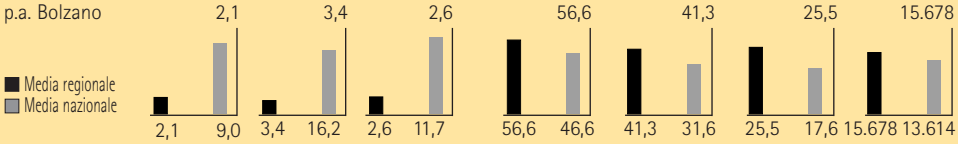


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.4.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
p.a. Bolzano	2,1	3,4	2,6	56,6	41,3	25,5	15.678

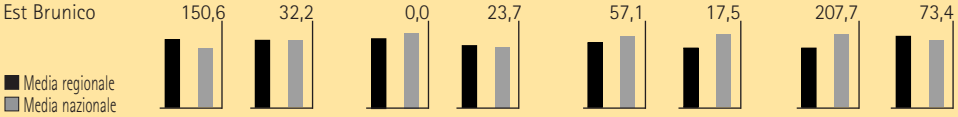


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.4.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	124,1	33,3	2,7	23,7	49,0	13,8	175,8	70,8
Ovest Merano	128,0	28,6	2,7	20,8	54,5	15,6	185,2	65,0
Nord Bressanone	159,4	25,6	2,9	19,0	46,5	20,7	208,8	65,3
Est Brunico	150,6	32,2	0,0	23,7	57,1	17,5	207,7	73,4

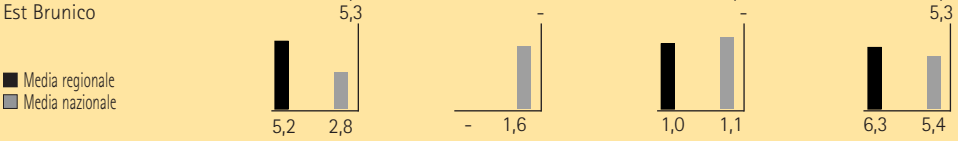


Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

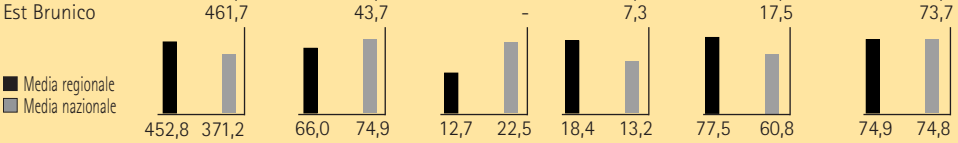
(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.4.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Centro-sud Bolzano	4,7	-	1,3	5,9
Ovest Merano	5,4	-	0,7	6,1
Nord Bressanone	6,6	-	2,2	8,8
Est Brunico	5,3	-	-	5,3



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Centro-sud Bolzano	399,8	91,5	28,5	26,6	47,2	80,8
Ovest Merano	472,3	45,2	-	15,9	71,9	66,1
Nord Bressanone	574,6	48,3	-	9,3	247,6	74,3
Est Brunico	461,7	43,7	-	7,3	17,5	73,7



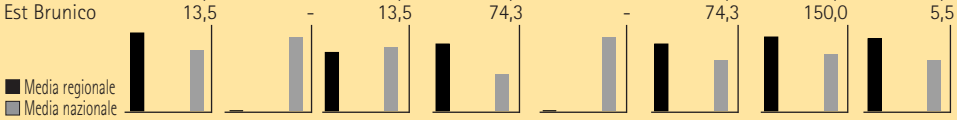
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.4.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Centro-sud Bolzano	16,4	-	16,4	67,3	-	67,3	137,9	4,1
Ovest Merano	12,8	-	12,8	58,1	-	58,1	132,2	4,5
Nord Bressanone	15,4	-	15,4	83,6	-	83,6	159,6	5,4
Est Brunico	13,5	-	13,5	74,3	-	74,3	150,0	5,5



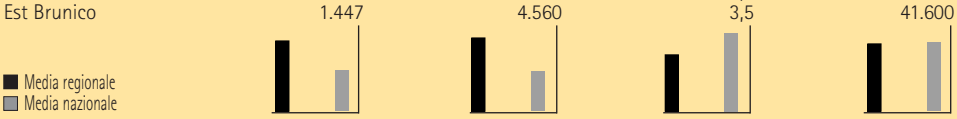
14,9	11,5	-	4,7	14,9	16,3	68,2	37,3	-	14,1	68,2	51,4	141,3	108,4	4,6	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.4.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Centro-sud Bolzano	1.927	1.665	3,6	45.600
Ovest Merano	1.790	3.023	3,4	41.200
Nord Bressanone	1.851	2.477	3,9	38.700
Est Brunico	1.447	4.560	3,5	41.600



1.795	1.034	2.339	1.261	3,6	5,0	43.000	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.5. Provincia autonoma di Trento

home

3.5.1. Contesto demografico

La provincia autonoma di Trento ha 465.655 abitanti che fanno capo ad un'unica Azienda Usl, la cui dimensione in termini di popolazione assistita è maggiore di quasi il 50% rispetto a quella media nazionale (tav.3.5.1.). Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, la situazione dell'Azienda Usl di Trento appare sostanzialmente in linea con quella registrata a livello nazionale. La popolazione da 0 a 14 anni rappresenta il 14,5% del totale, a fronte del dato sostanzialmente equivalente relativo all'intero Paese (14,6%). A ciò si associa un'incidenza di popolazione anziana (di età superiore ai 64 anni) pari al 17,7% che risulta di poco superiore al valore medio nazionale del 17,3%. Il valore dell'indice di vecchiaia risulta superiore a quello nazionale 122,4 per 100, contro il 118,0 per 100. Mentre il tasso di mortalità è praticamente equivalente al valore registrato a livello nazionale (9,7 per 1.000 contro 9,8), il tasso di natalità risulta superiore (10,3 per 1.000 contro 9,4).
L'indicatore che segnala il numero di bambini da 0 a 4 anni per 100 donne in età feconda presenta anch'esso un valore più alto di quello nazionale, 23,6 bimbi per 100 donne a fronte dei 22 bimbi per 100 donne relativo all'intero Paese. La dimensione media della famiglia, invece, è inferiore a quella nazionale (il numero medio di componenti è 2,5 contro il 2,7 fatto registrare a livello nazionale). Tuttavia, il territorio dell'Azienda Usl, che coincide con quello provinciale, rappresenta un polo di attrazione sotto il profilo migratorio: il valore del tasso è pari al 4,8 per 1.000 contro un valore medio italiano del 2,2.

3.5.2. Contesto economico (provinciale)

Gli indicatori utilizzati per la descrizione del contesto economico evidenziano la situazione positiva della provincia sotto questo profilo.
Rispetto al resto del Paese, i valori presentano sistematicamente una valenza positiva (Tav.3.5.2.). Infatti:

- il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze di lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre, risulta pari a 49,3 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100;
- il tasso di disoccupazione è a livello di quota frizionale per quel che concerne la popolazione maschile (3,4 per 100 contro il 9,0 per 100 nazionale) e comunque molto più basso di quello nazionale, per quel che concerne le donne (7,6 per 100 contro il 16,2 per 100 nazionale), a fronte di un dato complessivo del 5 per 100 (contro 11,7 per 100 nazionale);
- il valore aggiunto procapite risulta pari a 36,8 milioni di lire ed è più elevato rispetto alla media nazionale (31,6);
- l'imponibile medio per residente è di quasi 16 milioni, contro un dato nazio-

nale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente;
- i depositi bancari procapite ammontano a 24,8 milioni e risultano anch'essi significativamente superiori al dato medio nazionale pari a 17,6 milioni.

3.5.3. Mortalità evitabile

La situazione della unica Azienda Usl della provincia autonoma di Trento sotto il profilo della mortalità evitabile evidenzia, con riferimento a tutte le cause, valori più alti della media nazionale per quel che concerne gli uomini (si registrano 202,3 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile contro un valore medio nazionale pari a 176,1) e di poco inferiori per le donne (67,8 morti evitabili per 100.000 abitanti contro un valore medio nazionale di 71,9) (tav.3.5.3.).
Considerando le diverse categorie di morti per cause evitabili, rispettivamente evitabili o riducibili grazie ad interventi sugli stili di vita, ad interventi di diagnosi e terapia precoce, o collegabili ai problemi connessi con la strutturazione ed il funzionamento dell'organizzazione sanitaria, si evidenzia:
- per quel che concerne le morti evitabili grazie ad interventi di prevenzione primaria, i dati relativi alla provincia sono rispettivamente pari a 143,4 per 100.000 per gli uomini ed a 30,2 per le donne a fronte di dati medi nazionali inferiori (rispettivamente 117,0 e 30,8 per 100.000 abitanti);
- con riferimento ai decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, i dati appaiono più bassi rispetto alle medie nazionali: 1,8 per 100.000 per gli uomini contro il 2,5 nazionale e 21,0 per le donne contro il 21,9;
- infine, le morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene ed assistenza sanitaria evidenziano dati leggermente più elevati rispetto a quelli nazionali, per quel che concerne la popolazione maschile (57,1 contro 56,6), e meno elevati con riferimento alle donne (16,6 contro 19,2).

3.5.4. Rete ospedaliera

La situazione dell'offerta ospedaliera dell'Azienda Usl di Trento appare caratterizzata da una disponibilità di posti letto della rete ospedaliera pubblica decisamente più alta della media nazionale (5,4 per 1.000 abitanti contro il 2,8). Sono assenti le Aziende ospedaliere e l'offerta di posti letto in Istituti privati accreditati è anch'essa lievemente superiore a quella media nazionale (1,3 contro 1,1 per 1.000).
In totale sono quindi disponibili 6,8 posti letto per 1.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 5,4 (tav.3.5.4.).
Qualche informazione sul livello di copertura e qualità delle rete ospedaliera può essere desunta dai dati sull'articolazione dei posti letto per intensità di assistenza, che fa riferimento ad una disponibilità di posti relativi a specialità di base superiore al dato nazionale (417,3 per 100.000 abitanti contro i 371,2 nazionali), mentre quella relativa ai posti letto per specialità a media ed elevata assistenza e per terapia intensiva risulta inferiore a quella della media nazionale. I posti letto di riabilitazione e lungodegenza ammontano a 175,5 per 100.000 contro i 60,8 nazionali.
Infine, con riferimento al tasso di utilizzazione dei posti letto, il dato provinciale risulta di poco inferiore a quello medio nazionale (73,8% contro 74,8%).

home

3.5.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Le informazioni sulla risorsa personale si riferiscono prima di tutto ai medici ed agli infermieri dell'Azienda Usl rapportati alla popolazione residente (tav.3.5.5.). Con riferimento alla disponibilità di medici dipendenti dell'Azienda Usl per abitanti, il dato relativo all'Azienda Usl di Trento risulta di poco superiore a quello medio nazionale (16,6 per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali), mentre è decisamente più consistente la dotazione complessiva di infermieri pari a 65,8 contro i 51,4 per 10.000 abitanti fatto registrare a livello nazionale).
La disponibilità di infermieri per medico risulta anch'essa superiore al valore medio nazionale (4 contro i 3,2 infermieri per medico relativi al Paese nel suo complesso).
I dipendenti delle Aziende Usl a livello provinciale ammontano a 134,8 per 10.000 abitanti contro un valore nazionale di 108,4.

3.5.6. Medicina di base

Il quadro della dotazione d'offerta con riferimento alla medicina di base evidenzia una maggiore disponibilità di medici di medicina generale rispetto a quanto riscontrabile a livello nazionale. Nell'Azienda Usl di Trento si registra infatti un numero di adulti residenti per medico di medicina generale pari a 935, a fronte di un valore nazionale di 1.034 (dati 1997 di fonte Ministero della sanità) (Tav. 3.5.6.).
Anche con riferimento alla copertura relativa alla pediatria di base, l'Azienda Usl della provincia di Trento presenta una situazione di maggiore intensità con 937 bambini residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base.
A livello di attività prescrittiva, nel Trentino si registra un valore più basso della media nazionale: 3,8 ricette per assistito contro 5,0, per una spesa media per ricetta superiore a quella italiana (47.700 lire contro 43.900).

home

TAVOLA 3.5.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Trento	465.655	122,4	9,7	10,3
Media regionale	465.655	122,4	9,7	10,3
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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
Usl	23,6	2,5	4,8	14,5	67,8	17,7
Media regionale	23,6	2,5	4,8	14,5	67,8	17,7
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.5.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Trento	3,4	7,6	5,0	49,3	36,8	24,8	15.819
Media regionale	3,4	7,6	5,0	49,3	36,8	24,8	15.819
Media nazionale	9,0	16,2	11,7	46,6	31,6	17,6	13.614

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.5.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	143,4	30,2	1,8	21,0	57,1	16,6	202,3	67,8
Media regionale	143,4	30,2	1,8	21,0	57,1	16,6	202,3	67,8
Media nazionale	117,0	30,8	2,5	21,9	56,6	19,2	176,1	71,9

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.5.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Trento	5,4	-	1,3	6,8
Media regionale	5,4	-	1,3	6,8
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. x 100 (d)
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	
Trento	417,3	53,9	20,8	9,0	175,5	73,8
Media regionale	417,3	53,9	20,8	9,0	175,5	73,8
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

TAVOLA 3.5.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Trento	16,6	-	16,6	65,8	-	65,8	134,8	4,0
Media regionale	16,6	-	16,6	65,8	-	65,8	134,8	4,0
Media nazionale	11,5	4,7	16,3	37,3	14,1	51,4	108,4	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.5.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Trento	935	937	3,8	47.700
Media regionale	935	937	3,8	47.700
Media nazionale	1.034	1.261	5,0	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.6. Veneto

home

3.6.1. Contesto demografico

La popolazione della regione Veneto è di 4.460.975 abitanti, ripartiti, per l'assistenza sanitaria, in 22 Aziende Usl con una dimensione media di oltre 200.000 residenti (tav. 3.6.1.). L'Azienda Usl più piccola è quella di Adria, con poco più di 75.000 abitanti, mentre la più popolosa è quella di Verona con oltre 400.000 residenti.
La struttura per età della popolazione appare sostanzialmente in linea con i dati medi nazionali; solo il numero di residenti fino a 14 anni risulta lievemente inferiore (13,1 contro 14,6%). Ancora più ridotta è la differenza relativa all'incidenza di anziani (17,2% regionale contro 17,3% nazionale). Sotto questo profilo emerge il dato dell'Azienda Usl Venezia-Mestre con la quota più ridotta di popolazione giovanile (9,6%) a cui corrisponde una incidenza di anziani tra le più rilevanti della regione (20,4%) a fronte del 21,7% di Feltre e del 20,8% di Belluno.
L'indice di vecchiaia nella regione è nettamente superiore a quello medio nazionale con oltre 131 anziani oltre i 64 anni per 100 abitanti fino a 15 anni di età (la media italiana è pari a 118) e raggiunge il massimo nell'Azienda Usl Venezia-Mestre (212,1) mentre l'unico indice favorevolele ai giovani è presente nell'Azienda Usl di Cittadella (96,3).
Il tasso di mortalità è, invece, seppure di misura, inferiore a quello medio del Paese (9,5 contro 9,8 per 1.000 abitanti) e raggiunge il massimo nell'Azienda Usl di Feltre (12,8) di contro al minimo regionale di 7,6 per 1.000 abitanti dell'Azienda Usl di Cittadella. Anche il tasso di natalità in Veneto è inferiore alla media (9,2 contro 9,4) e registra il valore minimo nelle Aziende Usl di Venezia-Mestre (7,0).
Il numero di bambini fino a 5 anni rapportato a 100 donne in età feconda nella regione risulta anch'esso inferiore alla media nazionale (20,2 contro 22), e oscilla dal minimo di 15,7 dell'Azienda Usl Venezia-Mestre al massimo di 23,5 di quella di Bassano del Grappa.
Il numero medio di componenti la famiglia si situa esattamente sullo stesso valore medio del Paese (2,7), con una certa variabilità nelle diverse Aziende Usl, dai 2,4 componenti dei residenti nelle Aziende Usl di Belluno e di Venezia-Mestre, ai 3,1 di quella di Cittadella.
Il tasso migratorio, infine, evidenzia flussi positivi in entrata in quasi tutte le Aziende Usl venete con un valore regionale del 4,0 per 1.000 abitanti superiore al 2,2 nazionale. L'Azienda Usl che in assoluto attrae più abitanti è quella di Asolo che ha un tasso pari al 9,2 per 1.000, mentre quelle di Venezia-Mestre e di Chioggia, con tassi migratori negativi pari, rispettivamente, a -2,7 e a -0,3, sono le sole ad essere caratterizzate da flussi in uscita.

3.6.2. Contesto economico (provinciale)

Il tasso di disoccupazione in Veneto è decisamente inferiore a quello medio

nazionale (del 5,1 per 100 contro l'11,7). Sia la popolazione maschile che quella femminile godono, nella regione, di una condizione particolarmente favorevole al riguardo: il tasso di disoccupazione maschile è pari al 3,2 per 100 con un massimo del 5,6 nella provincia di Venezia, contro il 9 per 100 nazionale, e l'8,1 per quello femminile, con ampie oscillazioni nelle diverse province, dal minimo del 4,7 per 100 di disoccupazione femminile registrato a Belluno, al massimo del 17,3 nella provincia di Rovigo, superiore anche alla media nazionale del 16,2 (tav. 3.6.2.).

Il tasso di attività nella regione è superiore a quello nazionale, con 50,2 appartenenti alle forze lavoro per 100 residenti di 15 anni e oltre contro il 46,6 nazionale, e presenta una consistente variazione dell'indicatore che registra il suo massimo a Vicenza (53,5 per 100) e il minimo, comunque superiore alla media nazionale, a Verona (47,2 per 100).

Anche l'indicatore relativo al valore aggiunto pro-capite è superiore a quello medio nazionale, con oltre 38 milioni di lire pro-capite, a livello regionale, contro 31,6 media regionale), che superano i 40 milioni nelle province di Treviso e Vicenza.

L'imponibile medio per residente supera i 15 milioni sia a livello regionale che in tutte le province venete, con la sola eccezione di Rovigo in cui tale imponibile scende al di sotto dei 14 milioni e si attesta su una cifra vicina a quella della media italiana pari a 13.614,4.

La situazione di benessere economico della regione è ulteriormente sottolineata dal dato sull'entità dei depositi bancari che ammontano a oltre 19 milioni di lire pro-capite, superiori, dunque, alla media nazionale di 17,6 milioni, e che superano i 20 milioni nelle province di Padova (21,6), di Verona (21,4) e di Vicenza (20,6). La provincia di Venezia, con 16,3 milioni di depositi bancari pro-capite si colloca al di sotto della media nazionale.

3.6.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile, con riferimento a tutte le cause, presenta, in Veneto valori superiori a quelli medi italiani per i maschi (192,1 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti contro 176,1), mentre per le donne il dato si allinea sostanzialmente a quello nazionale (71,9) (tav. 3.6.3.). Esiste, tuttavia, una certa variabilità a livello delle singole Aziende Usl. Per i decessi maschili evitabili, dovuti a tutte le cause, la situazione relativamente migliore viene registrata nell'Azienda Usl di Verona, dove si registrano 173,8 decessi per 100.000 abitanti, mentre la quota più elevata è in quella di Feltre (255,3 per 100.000 abitanti). Per le donne, invece, i decessi evitabili oscillano dal minimo di 59,7 dell'Azienda Usl di Adria, al massimo di 92,7 di quella di Feltre.

Con riferimento alle diverse cause, sono, in particolare, i decessi maschili evitabili con misure di prevenzione primaria a risultare nella regione decisamente più frequenti rispetto alla media del Paese: 135,8 per 100.000 abitanti contro 117,0. Per quanto riguarda le singole Aziende Usl, è nuovamente quella di Feltre che detiene il primato negativo con 182,0 decessi evitabili, mentre è nell'Azienda Usl di Padova che la quota di tali decessi si mantiene, anche se solo lievemente, al di sotto della media italiana. Per le donne, il valore riferito a carenze nelle misure di prevenzione primaria, è superiore a quello medio nazionale (33,8 contro 30,8), ma ha un'ampia oscillazione dal minimo di 25,7 decessi evitabili femminili nell'Azienda Usl di Bussolengo al numero più consistente dell'Azienda Usl di Feltre (45,0). Anche per i decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e tera-

home

pia, i dati veneti sono sostanzialmente in linea con le medie nazionali: 2,7 decessi maschili per 100.000 abitanti, contro il 2,5 nazionale, e 21,4 decessi per le donne contro i 21,9 (sempre per 100.000 abitanti) nazionali.
Infine, per le morti evitabili derivate da carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, i valori regionali sono inferiori a quello nazionale sia per i decessi maschili (53,6 a fronte di 56,6) che per quelli femminili (15,7 contro 19,2) con i tassi minimi nelle Aziende Usl di Venezia-Mestre e di Adria, la prima per i decessi maschili (42,4 per 100.000 abitanti) e la seconda per quelli femminili (11,4, sempre per 100.000 abitanti).

3.6.4. Rete ospedaliera

Complessivamente, la dotazione di posti letto ospedalieri in Veneto è di poco superiore a quella media nazionale (5,6 per 1.000 abitanti contro 5,4) (tav. 3.6.4). La quota prevalente è offerta dagli ospedali delle Aziende Usl (4,3 per 1.000 abitanti), una quota superiore a quella media italiana di 2,8. L'offerta degli ospedali appare particolarmente concentrata nelle Aziende Usl di Belluno e di Venezia-Mestre dove supera i 7 posti letto per 1.000 abitanti.
I posti letto delle Aziende ospedaliere, 1,0 per 1000 abitanti, sono invece meno numerosi di quelli registrati in media sull'intero territorio nazionale (1,6), e anche l'offerta degli Istituti privati accreditati appare ridotta e decisamente inferiore alla media nazionale (0,4 contro 1,1).
L'analisi dell'articolazione dell'offerta per intensità di assistenza mette in luce che:
• per le specialità di base la disponibilità di posti letto, che a livello regionale è pari 392 per 100.000 abitanti a fronte dei 371,2 medi in Italia, raggiunge il suo massimo nell'Azienda Usl di Belluno con ben 670,8 posti letto, sempre per 100.000 abitanti;
• per le specialità a media assistenza, il valore regionale è sempre superiore a quello nazionale (77,5 contro 74,9), anche se con uno scarto inferiore e raggiunge il suo massimo nell'Azienda Usl Venezia-Mestre (122 per 100.000 abitanti);
• per le specialità ad elevata assistenza (20,7), per la terapia intensiva e sub intensiva (12,4), e per la riabilitazione e la lungodegenza (56,4), invece, la disponibilità di posti letto si colloca su valori leggermente inferiori a quelli medi nazionali pari, rispettivamente, a 22,5, a 13,2 e a 60,8 per 100.000 abitanti;
Il tasso di utilizzazione dei posti letto, a livello regionale, è al di sopra di quello medio nazionale (del 79,1% contro il 74,8%), ma evidenzia una certa disomogeneità con riferimento alle singole Aziende Usl e varia dal 68,3% dell'Azienda Usl S. Donà di Piave all'87,7% di quella di Feltre.

3.6.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Con riferimento alla disponibilità di medici dipendenti delle Aziende Usl, il Veneto si colloca sostanzialmente sugli stessi valori registrati in media sul territorio nazionale, 16,0 contro 16,3 per 10.000 abitanti (tav. 3.6.5.). Esiste, tuttavia, un'ampia variabilità fra le Aziende Usl che fa sì che il numero dei medici oscilli dal minimo di 7,1 per 10.000 abitanti dell'Azienda Usl di Padova, al massimo di quasi 27 medici, sempre per 10.000 abitanti, dell'Azienda Usl di Belluno.
Sempre a livello regionale, i medici delle Aziende Usl sono 13,4 per 10.000 abitanti, più numerosi rispetto alla media nazionale (11,5), e arrivano alla punta

massima di 24,2 sempre nell'Azienda Usl di Belluno. I medici dell'Azienda ospedaliera sono presenti, invece, con un rapporto di 2,6 per 10.000 abitanti, al di sotto, dunque, della quota media nazionale di 4,7.
La disponibilità di infermieri è anch'essa superiore, e in maniera più accentuata rispetto ai medici, a quella media nel Paese (64,2 infermieri per 10.000 abitanti a fronte del dato italiano di 51,4). Si rileva, inoltre, che la quota di infermieri appartenenti alle Aziende Usl è uguale a 52,7, ben superiore ai 37,3 della media nazionale, mentre la disponibilità di infermieri dipendenti dell'Azienda ospedaliera è di 11,5 per 10.000 abitanti a fronte dei 14,1 nazionali.
L'indicatore relativo al numero di infermieri per medico, evidenzia che tale rapporto è, di conseguenza, superiore a quello registrato a livello nazionale (4 contro 3,2) e arriva a 5,4 infermieri per medico nell'Azienda Usl di Padova a fronte del minimo di 3,6 dell'Azienda Usl di Adria che risulta comunque al di sopra della media nazionale.
Infine, nella regione il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl si situa su livelli superiori a quelli medi del Paese (119,4 contro 108,4) e raggiunge il massimo di oltre 190 nell'Azienda Usl di Belluno.

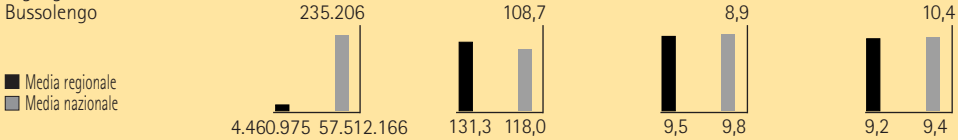
3.6.6. Medicina di base

Per quanto riguarda la medicina di base, i dati mettono in luce che la copertura in quest'ambito è leggermente peggiore in Veneto rispetto a quanto rilevato a livello nazionale (tav. 3.6.6.). Nella regione sono, infatti, 1.092 gli abitanti per medico di base (contro i 1.034 della media italiana). Per la pediatria di base, invece, la situazione della regione è migliore di quella media italiana con 1.189 bambini in età pediatrica per medico pediatra (a fronte dei 1.261 rilevati a livello nazionale).
L'analisi dei dati relativi alle singole Aziende Usl permette inoltre di rilevare che, per la medicina di base, in nessuna delle Aziende Usl venete si scende al di sotto dei 1.000 abitanti per medico e la situazione di Chioggia, la migliore con 1.006 abitanti per medico, non si discosta molto da quella peggiore registrata ad Este con 1.184 residenti per medico. Per la pediatria è possibile invece evidenziare una più ampia variabilità fra le Aziende Usl, con la copertura più fitta nell'Azienda Usl di Padova, dove sono presenti 952 bambini per pediatra, e la peggiore in quella di Adria (1.660 bambini per medico).
Il dato relativo al numero di ricette per assistito, indica un'attività prescrittiva nella regione inferiore a quella media nazionale (4,4 contro 5,0 ricette per assistito), ma evidenzia anche un certo scarto fra le Aziende Usl e, in particolare, fra quella di Asolo, in cui il numero medio di ricette per assistito è di 3,9 e quella di Rovigo dove tale numero arriva a 5,6. Nella regione, infine, l'importo medio per ricetta risulta inferiore a quello rilevato a livello nazionale, 40.500 lire contro 43.900.

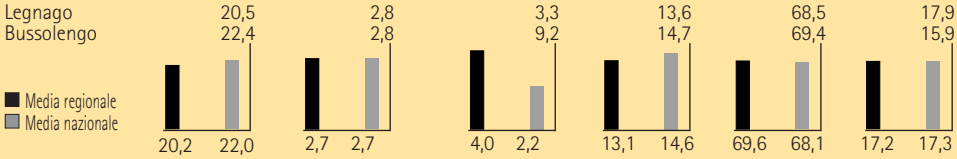
home

TAVOLA 3.6.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Belluno	130.990	176,4	11,9	8,0
Feltre	80.808	178,6	12,8	7,5
Bassano del Grappa	161.518	106,5	8,5	10,8
Thiene	168.812	125,0	9,5	10,2
Arzignano	159.988	107,2	8,6	10,6
Vicenza	282.149	118,6	8,9	10,4
Pieve di Soligo	197.410	149,7	10,1	8,7
Asolo	215.438	110,0	9,0	10,5
Treviso	353.699	128,6	8,8	9,4
S. Dona' di Piave	195.039	119,8	8,7	8,8
Venezia - Mestre	313.707	212,1	11,8	7,0
Mirano	235.596	103,2	7,9	9,0
Chioggia	128.927	107,2	9,2	8,8
Cittadella	213.768	96,3	7,6	10,5
Padova	382.528	145,0	9,3	8,6
Este	184.778	131,0	9,8	8,6
Rovigo	171.870	167,2	11,5	7,3
Adria	75.449	140,1	11,1	7,4
Verona	410.794	144,2	9,6	9,3
Legnago	162.507	131,3	10,7	8,6
Bussolengo	235.206	108,7	8,9	10,4



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	19,7	2,4	0,1	11,8	67,4	20,8
Feltre	19,9	2,5	5,4	12,2	66,1	21,7
Bassano del Grappa	23,5	2,8	2,9	15,1	68,8	16,1
Thiene	21,7	2,7	5,7	13,5	69,6	16,9
Arzignano	22,1	2,8	6,0	14,3	70,3	15,4
Vicenza	21,7	2,7	5,5	13,6	70,2	16,2
Pieve di Soligo	19,4	2,7	5,5	12,6	68,6	18,8
Asolo	22,6	2,9	9,2	15,0	68,4	16,5
Treviso	20,0	2,8	6,4	13,1	70,0	16,9
S. Dona' di Piave	18,7	2,9	3,3	13,3	70,8	15,9
Venezia - Mestre	15,7	2,4	-2,7	9,6	70,0	20,4
Mirano	18,2	2,9	2,8	13,3	72,9	13,8
Chioggia	19,7	2,9	-0,3	14,2	70,6	15,2
Cittadella	23,0	3,1	5,0	15,6	69,4	15,0
Padova	18,2	2,6	3,0	11,7	71,3	17,0
Este	20,4	2,9	3,0	13,5	68,8	17,7
Rovigo	18,3	2,7	2,3	12,1	67,8	20,2
Adria	20,2	2,8	2,5	13,2	68,3	18,5
Verona	20,9	2,5	4,3	12,8	68,8	18,4
Legnago	20,5	2,8	3,3	13,6	68,5	17,9
Bussolengo	22,4	2,8	9,2	14,7	69,4	15,9



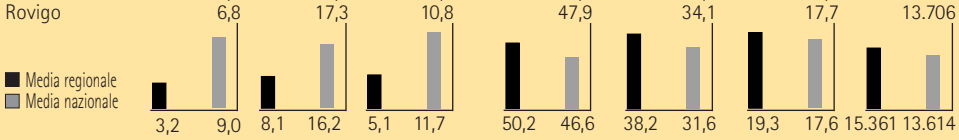
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.6.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Verona	2,5	8,4	4,8	47,2	39,2	21,4	15.213
Vicenza	1,5	6,6	3,5	53,5	40,4	20,6	15.875
Belluno	2,7	4,7	3,5	49,1	32,7	17,9	15.837
Treviso	2,7	6,0	4,0	51,0	41,4	17,6	15.266
Venezia	5,6	10,1	7,3	50,6	34,0	16,3	15.544
Padova	3,0	7,7	4,8	50,0	38,9	21,6	15.307
Rovigo	6,8	17,3	10,8	47,9	34,1	17,7	13.706



Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.6.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	176,2	37,0	4,1	24,6	65,8	15,6	246,1	77,2
Feltre	182,0	45,0	2,5	19,4	70,8	28,3	255,3	92,7
Bassano del Grappa	130,7	33,0	4,5	18,0	51,6	14,8	186,8	65,8
Thiene	137,1	34,8	2,1	17,9	65,3	16,6	204,5	69,3
Arzignano	131,8	30,3	2,7	21,4	53,0	15,3	187,5	67,0
Vicenza	121,9	31,2	4,1	23,4	50,9	16,4	176,9	71,0
Pieve di Soligo	127,3	30,0	1,5	20,6	47,4	15,2	176,2	65,8
Asolo	127,2	28,4	1,7	23,1	56,3	15,6	185,2	67,1
Treviso	131,5	32,4	3,3	19,8	56,0	14,4	190,8	66,6
S. Dona' di Piave	152,4	40,8	2,5	20,7	53,3	13,9	208,2	75,4
Venezia - Mestre	132,2	35,8	3,5	22,7	42,4	14,6	178,1	73,1
Mirano	131,9	32,1	3,4	22,0	56,8	19,1	192,1	73,2
Chioggia	161,8	36,0	3,6	23,6	51,3	14,5	216,7	74,1
Cittadella	141,3	36,5	2,9	18,8	46,5	12,5	190,7	67,8
Padova	116,0	38,6	2,4	24,6	58,1	16,9	176,5	80,1
Este	164,5	33,8	2,0	21,5	52,3	20,8	218,8	76,1
Rovigo	145,4	36,5	2,0	19,3	51,0	15,3	198,4	71,1
Adria	125,9	35,2	-	13,1	48,2	11,4	174,1	59,7
Verona	127,5	29,2	1,9	21,6	44,4	14,2	173,8	65,0
Legnago	140,2	33,5	1,9	19,3	65,0	14,3	207,1	67,1
Bussolengo	118,9	25,7	2,3	21,8	59,2	14,6	180,4	62,1

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.6.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Belluno	7,5		-	8,5
Feltre	4,0		1,9	6,8
Bassano del Grappa	4,7		-	5,7
Thiene	4,0		-	5,0
Arzignano	3,7		-	4,7
Vicenza	4,1		1,0	6,1
Pieve di Soligo	4,4		-	5,4
Asolo	4,2		-	5,1
Treviso	4,4		0,7	6,0
S. Dona' di Piave	3,6		0,6	5,2
Venezia - Mestre	7,2		-	8,2
Mirano	3,9	1,0	-	4,9
Chioggia	5,1		-	6,1
Cittadella	4,6		-	5,6
Padova	2,0		0,8	3,7
Este	4,4		-	5,4
Rovigo	4,4		1,3	6,6
Adria	4,9		-	5,9
Verona	1,4		0,6	3,0
Legnago	4,9		-	5,8
Bussolengo	6,5		0,4	7,8
Media regionale	4,3	1,0	0,4	5,6
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Belluno	670,8	88,5	24,0	22,0	44,1	77,8
Feltre	456,6	104,4	12,0	7,2	100,6	87,7
Bassano del Grappa	397,4	66,1	9,5	18,3	77,8	83,1
Thiene	369,4	77,1	9,5	14,0	27,8	77,4
Arzignano	357,5	50,9	9,5	7,2	46,0	85,0
Vicenza	366,1	108,3	51,3	18,9	69,6	79,5
Pieve di Soligo	443,0	35,7	11,0	10,3	38,4	77,6
Asolo	363,4	82,1	12,3	17,1	37,2	80,8
Treviso	403,8	97,0	48,0	15,8	37,4	79,7
S. Dona' di Piave	428,1	45,1	9,5	8,4	29,0	68,3
Venezia - Mestre	478,5	122,0	42,3	16,2	158,1	79,5
Mirano	351,3	78,0	15,9	6,9	36,4	80,4
Chioggia	476,5	63,2	9,5	17,7	40,1	80,6
Cittadella	399,4	82,6	9,5	22,3	44,5	80,8
Padova	258,1	69,7	9,5	3,8	33,2	79,9
Este	398,1	63,4	9,5	16,8	53,8	79,1
Rovigo	493,7	100,4	20,0	17,3	31,4	76,2
Adria	493,9	30,9	9,5	16,8	34,7	82,7
Verona	184,8	50,4	10,7	3,2	47,4	76,8
Legnago	394,2	111,9	25,5	11,4	39,2	71,5
Bussolengo	555,0	68,3	30,3	5,6	125,4	81,1
Media regionale	392,0	77,5	20,7	12,4	56,4	79,1
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

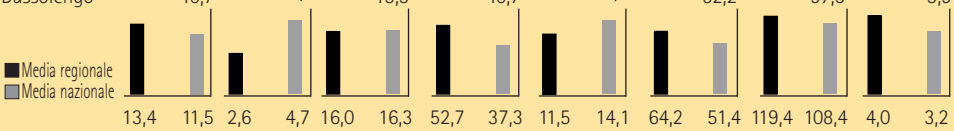
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.6.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Belluno	24,2		26,8	89,7		101,2	194,2	3,8
Feltre	16,6		19,2	79,2		90,7	159,6	4,7
Bassano del Grappa	14,9		17,6	60,1		71,6	133,1	4,1
Thiene	13,5		16,1	56,9		68,4	123,9	4,2
Arzignano	13,1		15,8	55,4		67,0	123,8	4,2
Vicenza	17,1		19,7	65,4		76,9	137,9	3,9
Pieve di Soligo	12,6		15,2	52,0		63,5	115,5	4,2
Asolo	15,4		18,0	55,7		67,2	127,3	3,7
Treviso	13,6		16,2	59,4		70,9	127,1	4,4
S. Dona' di Piave	13,1		15,8	50,9		62,4	116,8	4,0
Venezia - Mestre	18,6		21,3	73,5		85,1	164,0	4,0
Mirano	14,7	2,6	17,3	47,2	11,5	58,7	111,6	3,4
Chioggia	14,0		16,7	53,9		65,4	114,8	3,9
Cittadella	15,0		17,7	56,1		67,7	122,2	3,8
Padova	4,5		7,1	27,3		38,8	73,3	5,4
Este	13,6		16,2	49,2		60,7	111,3	3,7
Rovigo	19,4		22,1	74,3		85,8	156,9	3,9
Adria	13,5		16,2	46,8		58,3	111,3	3,6
Verona	5,8		8,5	22,3		33,8	69,8	4,0
Legnago	16,1		18,7	58,0		69,5	129,0	3,7
Bussolengo	10,7		13,3	40,7		52,2	97,0	3,9

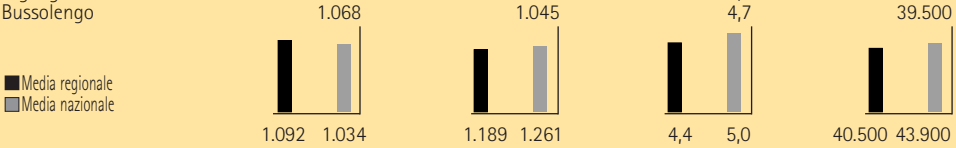


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.6.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Belluno	1.080	1.406	4,0	41.900
Feltre	1.203	1.229	4,1	40.000
Bassano del Grappa	1.088	1.111	4,4	41.800
Thiene	1.043	1.426	4,2	45.000
Arzignano	1.114	1.274	4,9	39.000
Vicenza	1.118	1.039	4,8	38.400
Pieve di Soligo	1.121	1.552	4,0	40.300
Asolo	1.130	1.296	3,9	39.300
Treviso	1.151	1.159	4,0	42.500
S. Dona' di Piave	1.091	1.363	4,5	40.600
Venezia - Mestre	1.020	973	4,3	41.600
Mirano	1.098	1.310	4,4	42.000
Chioggia	1.006	1.306	4,5	39.900
Cittadella	1.121	1.449	4,4	41.100
Padova	1.072	952	4,5	42.600
Este	1.184	1.560	4,5	37.100
Rovigo	1.072	1.595	5,6	32.500
Adria	1.040	1.660	4,8	42.900
Verona	1.089	954	4,3	42.300
Legnago	1.056	1.163	4,8	38.800
Bussolengo	1.068	1.045	4,7	39.500



Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.7. Friuli Venezia Giulia

home

3.7.1. Contesto demografico

La popolazione della regione era pari nel 1997 a 1.185.449 abitanti facenti capo a 6 diverse Aziende Usl, la più popolosa delle quali è quella del Medio Friuli con oltre 330.000 abitanti (tav.3.7.1).
L'Azienda Usl di dimensioni più ridotte è la Alto Friuli, con circa78.000 abitanti. Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, che rappresenta un punto d'avvio importante per l'analisi delle caratteristiche della domanda di sanità, la regione Friuli presenta una situazione in linea con quanto si riscontra nella maggioranza delle regioni del Nord. A livello regionale, il dato sull'incidenza di popolazione fino a 14 anni sul totale appare significativamente inferiore (11%) rispetto a quello fatto registrare a livello nazionale (14,6%), mentre appare più ampia la quota di anziani sul totale (20,8 % contro il 17,3% nazionale). La regione appare dunque più "anziana" anche rispetto alle aree limitrofe, con punte significative rispetto alle media regionale nell'Azienda Usl Triestina (con un'incidenza di popolazione oltre i 64 anni pari al 25,3% del totale), e, seppure in misura minore, nella Isontina (21,5%). Similmente, in queste due Aziende Usl si segnala anche una più ridotta presenza di giovani fino a 14 anni rispetto al già ridotto valore regionale (rispettivamente 8,8% e 9,7% contro l'11%). È quindi particolarmente elevato il valore dell'indice di vecchiaia, 188,3 per 100 (a fronte di una media nazionale del 118 per 100) ancora una volta con valori più alti nelle due Aziende Usl succitate. È l'Azienda Usl Triestina a presentare i valori estremi, il più alto per quel che riguarda il tasso di mortalità (15,7 per 1.000) ed il più basso per quel che concerne il tasso di natalità (6,6 per 1.000), confermando la sua situazione di Aziende Usl più "anziana". Il numero di bimbi per 100 donne in età feconda è di conseguenza piuttosto ridotto in tutta la regione (17,9 per 100 donne, contro un valore nazionale del 22 per 100, con due Aziende Usl al di sotto della stessa media provinciale (la Triestina e l'Isontina). Il dato sul numero medio di componenti la famiglia (2,4) è inferiore a quello nazionale (2,7) e particolarmente basso nell'Azienda Usl Triestina (2,1), probabilmente caratterizzata dalla presenza di famiglie unipersonali costituite da anziani. Infine, con riferimento al tasso migratorio, il dato regionale (3,5 per 1.000 abitanti) risulta più elevato di quello nazionale (2,2), con significative differenziazioni a livello di singola Azienda Usl; si va dal saldo negativo dell'Azienda Usl Alto Friuli (-0,2 per 1.000 abitanti) a quelli ben più elevati della stessa media regionale delle Aziende Usl Friuli occidentale (5,2 per 1.000 abitanti) e Isontina (5,1 per 1.000).

3.7.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della 4 province della regione, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, appare piuttosto florida.

Nel confronto con il resto del Paese, i dati evidenziano infatti uno scarto positivo a favore della regione con riferimento a tutti gli indicatori considerati (tav.3.7.2). Il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze di lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre, risulta pari a 47,0 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è particolarmente basso con riferimento agli uomini (3,9 contro il 9 per 100 nazionale), ma anche nel caso del tasso femminile il dato del Friuli risulta meno elevato rispetto a quello medio nazionale (10,5 contro il 16,2 per 100 nazionale), a fronte di un dato complessivo regionale del 6,6 per 100 (contro l'11,7 per 100 nazionale).
I maggiori problemi di disoccupazione sono presenti in provincia di Trieste, mentre la situazione meno problematica si riscontra nella provincia di Pordenone. Più elevato della media nazionale anche il dato che misura l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto procapite risulta pari a 38,7 milioni di lire ed è più elevato rispetto alla media nazionale (31,6), con la punta in positivo di Trieste (43,9).
L'imponibile medio per residente supera i 17 milioni contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente.
I depositi bancari procapite risultano pari a 19,5 milioni contro il valore nazionale di 17,6 milioni. Anche in questo caso è la provincia di Trieste a differenziarsi in positivo come quella caratterizzata da un maggior benessere economico.

3.7.3. Mortalità evitabile

Gli indicatori sulla mortalità evitabile, riferiti a tutte le cause, presentano valori più alti della media nazionale sia per quel che concerne gli uomini che le donne. Si registrano, infatti, 202,5 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 85,5 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9) (tav.3.7.3).
Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria ammontano a 145,0 per 100.000 per i maschi ed a 39,0 per le donne, con le punte in negativo dell'Azienda Usl Alto Friuli sia per quel che concerne gli uomini (197,8 per 100.000) che per le donne (41,1 per 100.000) a fronte di rispettivi dati nazionali sensibilmente più bassi (117,0 ogni 100.000 abitanti per gli uomini e 30,8 per le donne).
La differenza in negativo con i dati medi nazionali si riscontra anche per quel che concerne le morti evitabili con adeguati interventi di diagnosi precoce e terapia (3,8 per 100.000 con riferimento agli uomini – con l'estremo negativo dell'Azienda Usl Alto Friuli (5,3) – e 27,5 per le donne – con l'estremo dell'Azienda Usl Isontina (32,9) – a fronte di valori medi nazionali rispettivamente del 2,5 e 21,9). Al contrario, nel caso delle morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i dati della regione risultano leggermente più bassi di quelli riscontrati a livello nazionale (53,7 per 100.000 per gli uomini e 19,0 per le donne, contro valori rispettivamente pari a 56,6 e 19,2 per 100.000) con differenziazioni tra le Aziende Usl che si mantengono più basse o equivalenti alla media nazionale con l'unica esclusione dell'Azienda Usl Alto Friuli per quel che concerne gli uomini (con 68,1 per 100.000) e delle Aziende Usl Triestina e Alto Friuli, per quel che concerne le donne.

3.7.4. Rete ospedaliera

L'offerta ospedaliera della regione consta di 6,3 posti letto per 1.000 abitanti tra

home

pubblici e del privato accreditato, a fronte di una media nazionale di 5,4. (Tav.3.7.5.). In particolare l'offerta pubblica si articola in 2,1 posti letto degli ospedali delle Aziende Usl e in 3,4 degli ospedali azienda. L'offerta degli istituti privati accreditati ammonta a 0,8 posti letto per 1.000 abitanti.
La disponibilità di posti letto è maggiore nell'Azienda Usl Bassa Friulana con riferimento ai pubblici (5,4 per 1.000 abitanti) mentre è assente l'offerta del privato accreditato; questa ultima tipologia di offerta risulta, invece, prevalente nell'Azienda Usl Triestina 2,0 posti letto per 1.000 abitanti.
Sotto il profilo qualitativo la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata con una maggiore incidenza dei posti letto per specialità di base nell'Azienda Usl Bassa Friulana, a media assistenza, per terapia intensiva nella Isontina, dove è prevalente anche l'offerta di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza. La specialità ad alta assistenza è presente a livello di azienda ospedaliera.
In complesso la disponibilità di posti letto a livello regionale è sopra la media nazionale solo con riferimento alla specialità di base (439,5 posti letto per 100.000 abitanti contro il valore nazionale di 371,2).
Il tasso di utilizzazione varia dal 67,8% dell'Azienda Usl Medio Friuli al 61,6% della Bassa Friulana a fronte di una media regionale (65,3%) più bassa del dato medio nazionale (74,8%).

3.7.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Con riferimento alla disponibilità di medici dipendenti del Ssn per abitanti, il dato complessivo risulta inferiore a quello medio nazionale (15,8 per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali) con una situazione di maggiore presenza nelle Aziende Usl Isontina (26,5 per 10.000) (Tav. 3.7.5.).
La disponibilità di medici dipendenti delle Aziende Usl risulta inferiore rispetto a quella riscontrata a livello nazionale (8,1 per 10.000 contro 11,5) mentre più elevata è quella dei medici dipendenti delle Aziende ospedaliere (7,7 contro 4,7).
La dotazione complessiva della risorsa infermieri appare decisamente superiore a quella nazionale (72,6 contro 51,4 per 10.000 abitanti) ed anch'essa variabile tra le Aziende Usl, con il dato più elevato ancora una volta riscontrabile nell'Azienda Usl Isontina (106,4 per 10.00 abitanti). La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è sempre superiore rispetto al dato nazionale sia con riferimento alla situazione degli ospedali delle Aziende Usl che alle aziende ospedaliere. Anche la disponibilità di infermieri per medico supera in generale il valore medio nazionale (4,6 contro 3,2 infermieri per medico) ed è più ampia nell'Azienda Usl Triestina. Il numero di dipendenti delle Aziende Usl in rapporto alla popolazione, è più elevato rispetto al dato nazionale (135 per 10.000 a fronte di un valore nazionale di 108,4) con il più basso valore riscontrabile nell'Azienda Usl Triestina (96,8) ed il più alto nella Isontina (203,4)

3.7.6. Medicina di base

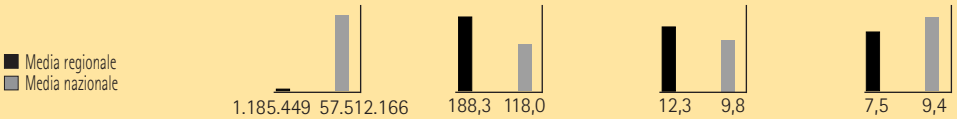
Il quadro della dotazione d'offerta con riferimento alla medicina di base evidenzia una disponibilità lievemente maggiore di medici di medicina generale in rapporto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale. Nel Friuli si registra infatti un numero di adulti residenti per medico di poco inferiore alla media nazionale, pari a 1.013 adulti per medico a fronte di un valore

nazionale di 1.034 (Tav. 3.7.6.)
Viceversa, con riferimento alla pediatria, la disponibilità di pediatri appare inferiore: sono 1.407 bambini(da 0 a 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base.
Sono riscontrabili differenze a livello di singola Azienda Usl, con una copertura più fitta a livello di medicina di base nell'Azienda Usl Triestina e nella Friuli Occidentale con poco meno di 1.000 adulti per medico.
Per quel che riguarda la pediatria di base le situazioni più problematiche si riscontano, secondo quanto rilevato dal Ministero della sanità, nell'Azienda Usl Bassa Friulana e nella Alto Friuli.
A livello di attività prescrittiva, si registra nella regione un valore di 4,2 ricette per assistito, che varia tra le Aziende Usl dalle 3,8 dell'Alto Friuli alle 4,7 della Bassa Friulana mantenendosi, comunque, sempre inferiore alla media nazionale pari a 5,0. La spesa media per ricetta è solo di poco inferiore a quella italiana (42.600 lire contro 43.900), ma in questo caso in tre Aziende Usl (Bassa Friulana, Triestina e Friuli Occidentale) il valore rilevato supera anche quello italiano.

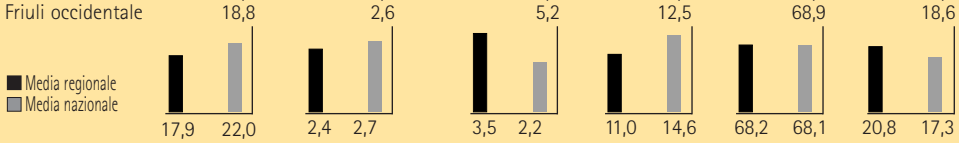
home

TAVOLA 3.7.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Triestina	251.755	287,5	15,7	6,6
Isontina	137.802	221,2	12,5	7,3
Alto Friuli	78.377	164,0	12,6	7,6
Medio Friuli	335.390	172,7	11,8	7,7
Bassa friulana	105.335	153,1	10,5	7,4
Friuli occidentale	276.792	149,2	10,5	8,1



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	16,9	2,1	1,7	8,8	66,0	25,3
Isontina	16,6	2,4	5,1	9,7	68,7	21,5
Alto Friuli	20,4	2,4	-0,2	12,6	66,6	20,7
Medio Friuli	17,9	2,5	4,0	11,4	68,9	19,7
Bassa friulana	17,9	2,6	2,5	11,9	69,8	18,3
Friuli occidentale	18,8	2,6	5,2	12,5	68,9	18,6

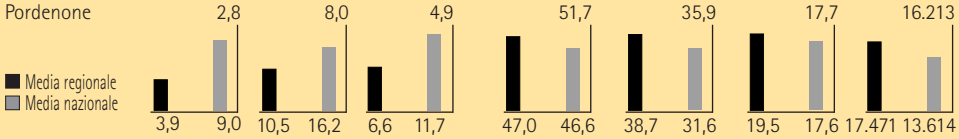


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.7.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Udine	3,2	10,3	6,0	49,0	37,9	19,8	16.218
Gorizia	4,5	11,1	7,2	44,3	37,9	16,9	17.647
Trieste	7,0	14,1	10,1	39,7	43,9	22,6	21.284
Pordenone	2,8	8,0	4,9	51,7	35,9	17,7	16.213



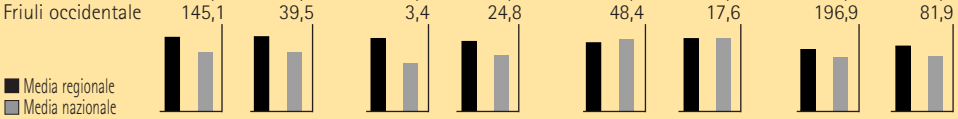
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.7.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Triestina	130,1	38,4	4,2	27,4	54,0	22,8	188,3	88,6
Isontina	144,1	37,5	4,4	32,9	49,6	15,0	198,1	85,4
Alto Friuli	197,8	41,1	5,3	26,0	68,1	21,4	271,2	88,5
Medio Friuli	148,0	38,8	3,0	30,0	56,5	19,2	207,5	88,0
Bassa friulana	133,9	40,1	4,5	20,9	53,8	17,0	192,2	78,0
Friuli occidentale	145,1	39,5	3,4	24,8	48,4	17,6	196,9	81,9



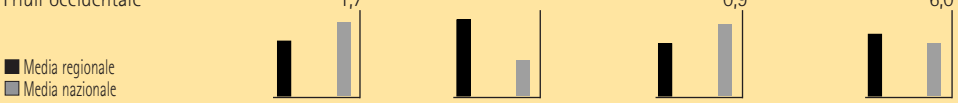
145,0 117,0 39,0 30,8 3,8 2,5 27,5 21,9 53,7 56,6 19,0 19,2 202,5 176,1 85,5 71,9

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

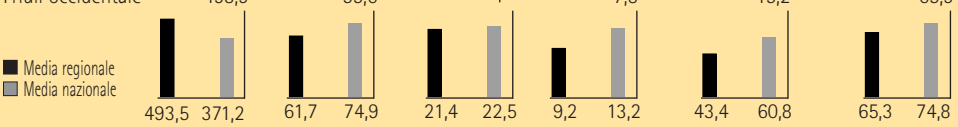
TAVOLA 3.7.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Triestina	-		2,0	5,5
Isontina	5,1		-	8,5
Alto Friuli	3,9		-	7,3
Medio Friuli	1,3	3,4	0,5	5,2
Bassa friulana	5,4		-	8,8
Friuli occidentale	1,7		0,9	6,0



2,1 2,8 3,4 1,6 0,8 1,1 6,3 5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Triestina	389,7	61,6		6,4	66,1	63,2
Isontina	613,6	88,3		21,6	109,5	65,9
Alto Friuli	641,1	59,0	21,4	6,4	6,5	66,0
Medio Friuli	394,5	52,5		8,8	42,6	67,8
Bassa friulana	776,0	74,1		6,4	6,5	61,6
Friuli occidentale	498,9	55,6		7,8	15,2	65,9



493,5 371,2 61,7 74,9 21,4 22,5 9,2 13,2 43,4 60,8 65,3 74,8

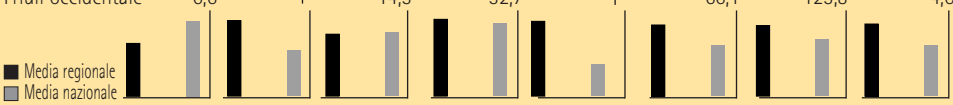
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.7.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici: Aziende Usl	Medici: Az. Osp. (pro quota) (a)	Medici: Totale	Infermieri: Aziende Usl	Infermieri: Az. Osp. (pro quota)	Infermieri: Totale	Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
Triestina	2,6		10,3	21,1		54,5	96,8	5,3
Isontina	18,9		26,5	73,0		106,4	203,4	4,0
Alto Friuli	13,4		21,1	62,5		95,9	178,3	4,6
Medio Friuli	5,8	7,7	13,5	31,0	33,4	64,4	121,4	4,8
Bassa friulana	14,3		22,0	64,7		98,0	177,2	4,5
Friuli occidentale	6,6		14,3	32,7		66,1	123,8	4,6



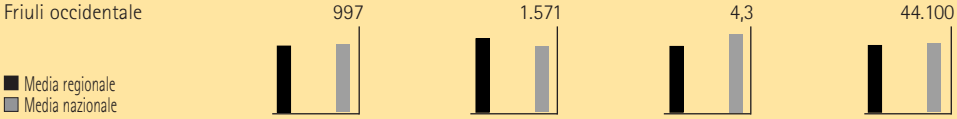
	Medici: Aziende Usl		Medici: Az. Osp.		Medici: Totale		Infermieri: Aziende Usl		Infermieri: Az. Osp.		Infermieri: Totale		Totale Dipendenti		Infermieri per medico Totale	
	8,1	11,5	7,7	4,7	15,8	16,3	39,2	37,3	33,4	14,1	72,6	51,4	135,0	108,4	4,6	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.7.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Triestina	977	1.053	4,2	44.800
Isontina	1.020	1.220	3,9	39.300
Alto Friuli	1.022	1.981	3,8	39.300
Medio Friuli	1.039	1.276	4,0	40.400
Bassa friulana	1.054	3.146	4,7	45.700
Friuli occidentale	997	1.571	4,3	44.100



	Adulti		Bambini		N. Ricette		Importo Medio	
	1.013	1.034	1.407	1.261	4,2	5,0	42.600	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.8. Liguria

home

3.8.1. Contesto demografico

La Liguria ha una popolazione di 1.646.280 abitanti ripartita in 5 Aziende Usl con una dimensione media di oltre 329.000 residenti (dati Istat, 1997) (tab. 3.8.1.). Più in particolare, sotto il profilo della dimensione va dal minimo di 148.000 abitanti dell'Azienda Usl Chiavarese, la più piccola, ai 779.592 della Genovese.
Tutte le cinque Aziende Usl liguri sono caratterizzate da un indice di vecchiaia molto elevato, superiore ai 200 anziani per 100 bambini, e l'Azienda Usl Chiavarese è quella con il più alto rapporto tra le generazioni estreme (pari a 252,9). A livello regionale l'indice ha un valore quasi doppio rispetto alla media nazionale di 118.
Anche il tasso di mortalità regionale appare ovviamente elevato se confrontato con quello nazionale (13,5 contro 9,8) ed è, nuovamente, l'Azienda Usl Chiavarese a registrare il valore più alto pari a 14,4 mentre l'Azienda Usl Spezzino è quella con il tasso più basso (12,7). La situazione di declino demografico della regione ligure è ulteriormente sottolineata dai dati sul tasso di natalità che in tutte le Aziende Usl è inferiore a quello nazionale (9,4) e che ha il suo valore più elevato nell'Azienda Usl Imperiese con 7,3 bambini nati per 1000 abitanti. È sempre in questa Azienda Usl che si registra anche il più elevato numero di bambini con meno di cinque anni per 100 donne in età feconda: sono 19,5, un numero comunque inferiore a quello nazionale pari a 22,0, contro il valore minimo di 17,2 dell'Azienda Usl Savonese.
La dimensione media dei nuclei familiari è anch'essa più bassa rispetto alla media nazionale: di soli 2,2 componenti per nucleo a livello regionale e con valori identici in tutte le Aziende Usl fatta eccezione per l'appena più elevato 2,3 dell'Azienda Usl Spezzino.
I dati che descrivono la struttura per età della popolazione confermano che l'Azienda Usl Imperiese è la più "giovane" della regione con un'incidenza del 10,9% di ragazzi fino a 14 anni sulla popolazione, contro il 10,3% regionale e con il 23,3% di anziani sopra i 64 anni a fronte del più elevato valore medio regionale (23,8%) e del massimo del 25,9% registrato nell'Azienda Usl Chiavarese.
Il saldo migratorio evidenzia, infine, che è l'Azienda Usl Genovese, l'unica con un saldo negativo pari a -1,2, a essere caratterizzata da un flusso in uscita mentre la Imperiese è quella che attrae più abitanti.

3.8.2. Contesto economico (provinciale)

In Liguria i tassi di disoccupazione appaiono più contenuti rispetto a quelli nazionali, soprattutto se ci si riferisce alla popolazione maschile, con un tasso regionale del 7,4 per 100 (contro il 9 per 100 nazionale) e con la provincia di Imperia che presenta la situazione migliore al riguardo (6,2 per 100). Per le donne, invece, i tassi sono molto più elevati e si discostano di poco dalla media

nazionale di 16,2 per 100, con alcune province come Genova e La Spezia che presentano valori anche superiori (rispettivamente, 16,5 e 16,8 per 100) (tav. 3.8.2.).
Il tasso di attività è l'unico indicatore del contesto economico che risulta inferiore ai livelli medi nazionali sia per quanto riguarda il dato regionale che per quello relativo alle singole province. Infatti la Liguria registra 43,7 appartenenti alle forze lavoro per 100 residenti da 15 anni in sù contro il 46,6 nazionale e arriva al minimo di 41,0 a La Spezia.
Ciononostante, il valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo delle province liguri alla produzione di ricchezza, risulta sensibilmente superiore alla media nazionale con 36,8 milioni pro-capite (contro 31,6). Esiste, tuttavia, una notevole variabilità a livello provinciale e questi valori oscillano dal massimo della provincia di La Spezia (40,4 milioni pro-capite) al minimo di 28,8 milioni pro-capite di Imperia, con un dato inferiore a quello medio nazionale.
L'ulteriore indicatore della disponibilità economica rappresentato dall'imponibile medio per residente evidenzia una situazione di benessere economico abbastanza diffuso nella regione, con 16,741 milioni di lire per residente a fronte dei 13,614 nazionali, e particolarmente nella provincia di Genova dove tale imponibile raggiunge una cifra ancora superiore (17,447 milioni).
Infine, con riferimento all'entità dei depositi bancari, si deve sottolineare che la situazione della Liguria, sebbene nel complesso positiva, almeno a livello regionale con 19,3 milioni pro-capite di depositi contro i 17,6 della media nazionale, appare piuttosto differenziata a livello provinciale e per Imperia e La Spezia tali depositi risultano decisamente inferiori a quelli delle altre due province e alla media del Paese.

3.8.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile per tutte le cause presenta, in Liguria, valori inferiori alla media nazionale sia per i maschi (157,1 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti) che per le donne (65,5) (tav. 3.8.3.). È tuttavia possibile evidenziare una notevole differenziazione a livello delle singole Aziende Usl con quella Imperiese, ad esempio, in cui i decessi per cause evitabili per i maschi arrivano a 187,9 per 100.000 abitanti e con quella Chiavarese che presenta la più alta mortalità evitabile femminile (73,2).
Sono, in particolare, i decessi maschili evitabili con interventi di prevenzione primaria a risultare nella regione inferiori al numero medio registrato nel Paese: 101,3 per 100.000 abitanti contro i 117,0 della media nazionale. Per quanto riguarda le singole Aziende Usl, è quella Imperiese la sola ad avere un numero elevato di tali morti (116,8) mentre la Genovese rappresenta l'Azienda Usl con una situazione più positiva al riguardo con 94,7 morti di sesso maschile per 100.000. Per le donne, invece, il dato, sebbene inferiore a quello medio nazionale, non si discosta molto da esso ed appare abbastanza simile in tutte le Aziende Usl, con l'unica esclusione dell'Azienda Usl Chiavarese, con un tasso pari a 32,1. Per i decessi evitabili dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, il dato ligure relativo ai maschi è superiore alle media nazionale, 3,0 contro 2,5 per 100.000 abitanti e varia dal minimo di 2,6 dell'Azienda Usl Imperiese al massimo di 3,7 della Chiavarese. Con riferimento alle donne il valore regionale risulta pari a 21,1 contro i 21,9 (sempre per 100.000 abitanti) nazionali, con i due estremi, in negativo, dell'Azienda Usl Spezzina e, in positivo, della Imperiese. Infine, per le morti evitabili derivate da carenze nelle misure di igiene e di assi-

stenza sanitaria, accanto al dato regionale che è, anche in questo caso, inferiore a quello nazionale sia per gli uomini che per le donne, si evidenzia per l'Azienda Usl Imperiese un numero di decessi maschili a quello delle altre province e a quello italiano (68,5) e per l'Azienda Usl Chiavarese una situazione analoga con riferimento ai decessi femminili.

3.8.4. Rete ospedaliera

Complessivamente, la dotazione di posti letto ospedalieri della Liguria ammonta a 5,6 letti per 1.000 abitanti e risulta, dunque, di poco superiore a quella media nazionale (tav. 3.8.4.).
Tale dotazione risulta divisa fra ospedali delle Aziende Usl, con 2,9 posti letto per 1.000 abitanti superiori ai 2,8 della media nazionale, e posti letto delle aziende ospedaliere pari, in Liguria, a 2,6 per 1.000 abitanti e decisamente superiori a quelli offerti mediamente nel Paese (1,6). Del tutto residuale è, invece, l'offerta da parte degli Istituti privati accreditati.
L'Azienda Usl Imperiese è quella dove si rileva l'offerta più ampia (6,6 posti letto per 1.000 abitanti) mentre l'Azienda Usl Genovese è quella in cui sembrano emergere alcune carenze; i posti letto disponibili sono, infatti, 4,9 per 1.000 abitanti e si attestano, dunque, su numeri più bassi rispetto alla media italiana.
L'analisi dell'articolazione dell'offerta per intensità di assistenza mette in luce che, tranne che per i posti letto in riabilitazione e lungodegenza, in tutti i casi l'offerta regionale è superiore a quella media nazionale con la specialità a media assistenza che si discosta in maniera più significativa dalla media nazionale: 95,6 posti letto per 100.000 abitanti a fronte dei 74,9 della media italiana.
Le Aziende Usl meglio dotate risultano essere quella Imperiese e quella Spezzino sia per le specialità di base che per le specialità a media assistenza che per la riabilitazione e lungodegenza. A tale proposito, tuttavia, si deve sottolineare come anche la migliore dotazione dell'Azienda Usl Imperiese, pari a 49,1 posti letto per 100.000 abitanti è comunque decisamente inferiore a quella media nazionale di 60,8. L'ultimo indicatore, relativo al tasso di utilizzazione dei posti letto, sottolinea un utilizzo omogeneo nelle diverse Aziende Usl liguri e superiore a quello medio nazionale (del 79,3% contro il 74,8%) con la punta massima nell'Azienda Usl Imperiese (80,2%).

3.8.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Le informazioni relative ai medici dipendenti delle Aziende Usl rapportati alla popolazione residente indicano, per la regione, un numero complessivo di poco superiore a quello medio nazionale (17,6 contro 16,3 medici per 10.000 abitanti) che presenta, però, una certa disomogeneità a livello provinciale. La media regionale appare, infatti, abbassata dal dato dell'Azienda Usl Genovese che in rapporto ala popolazione residente risulta avere il numero più basso di medici (13,9 per 1.000 abitanti); un numero inferiore a quello medio nazionale e ancora più basso al confronto con le altre Aziende Usl che hanno tutte da un minimo di 20 a un massimo di 22,4 medici per 1.000 abitanti (tav. 3.8.5.).
Il numero dei medici delle Aziende Usl si allinea a quello nazionale (11,3 in Liguria a fronte degli 11,5 della media italiana), mentre è superiore quello dei medici delle Aziende ospedaliere (6,3 medici per 1000 abitanti contro il più ridotto 4,7 della media).

La dotazione complessiva di infermieri appare anch'essa diversamente distribuita nelle diverse Aziende Usl e, sebbene nella regione risulti superiore a quella nazionale (con 62,4 infermieri per 1000 abitanti contro i 51,4 dell'Italia), permette di evidenziare variazioni piuttosto ampie da un massimo di 80,6 infermieri per 1000 abitanti dell'Azienda Usl Imperiese al minimo di 48,3 della Genovese.
La quota maggiore di questi infermieri è dipendente dell'Azienda Usl (42 per 1.000 abitanti) con punte di 60 e oltre infermieri per 1.000 abitanti nelle Aziende Usl Imperiese e Spezzino. L'offerta di infermieri dipendenti dell'azienda ospedaliera è inferiore, ma sempre rilevante e superiore a quella media nazionale (20,3 contro 14,1 per 1000 abitanti).
Il dato relativo al numero di infermieri per medico è, invece, solo lievemente superiore a quello nazionale (3,6 contro 3,2) e senza variazioni di rilievo nelle diverse Aziende Usl. I dipendenti delle Aziende Usl della Liguria ammontano, complessivamente, a 126,9 per 10.000 abitanti e sono, quindi, ben al di sopra del dato nazionale di 108,4 (sempre per 10.000 abitanti anche se le oscillazioni fra un'Azienda Usl e l'altra sono molto ampie e il personale dipendente va dal numero massimo dell'Azienda Usl Imperiese (155,7) al minimo della Genovese che con 103,9 dipendenti per 10.000 abitanti si colloca al di sotto della media nazionale.

3.8.6. Medicina di base

Gli indicatori rappresentati dalla disponibilità di medici di medicina generale e di pediatri di base in rapporto agli abitanti mettono in luce che anche a tale proposito la situazione regionale è di vantaggio rispetto a quella media del Paese. La Liguria, infatti, ha 1.011 abitanti adulti per medico di medicina generale (contro i 1.034 della media nazionale) e 932 bambini in età pediatrica per pediatria di base a fronte dei 1.261 sempre della media italiana (tav. 3.8.6.).
A livello di Azienda Usl esiste, però, una certa variabilità e l'offerta di medicina di base varia da quella più ridotta dell'Azienda Usl Imperiese, con 1.045 residenti per medico di base, a quella più ampia dell'Azienda Usl Spezzino che ha 951 abitanti adulti per medico. Anche per la pediatria di base si registra un andamento analogo con la maggiore disponibilità di medici nella Spezzino e la minore in quella Imperiese.
Utilizzando, infine, l'indicatore rappresentato dal numero di prescrizioni per assistito, che tuttavia ricordiamo si riferisce alle prescrizioni sui ricettari regionali effettuate anche da medici specialisti ed ospedalieri, si evidenzia che la Liguria si attesta su valori pressoché identici a quelli medi nazionali, con le sue 4,9 ricette per assistito, e presenta una ridotta variabilità a livello delle singole Aziende Usl che oscilla dalle 4,4 prescrizioni per assistito dell'Azienda Usl Imperiese per arrivare al massimo di 5,2 ricette, sempre per assistito, dello Spezzino. L'importo medio per ricetta è di 48.800 lire e risulta superiore a quello medio nazionale di 43.900 lire.

home

TAVOLA 3.8.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Imperiese	216.925	213,1	13,3	7,3
Savonese	281.588	240,8	14,0	6,6
Genovese	779.592	232,0	13,4	6,6
Chiavarese	148.099	252,9	14,4	6,7
Spezzino	220.077	229,0	12,7	6,7
Media regionale	1.646.280	232,3	13,5	6,7
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	19,5	2,2	4,7	10,9	65,8	23,3
Savonese	17,2	2,2	3,9	10,0	66,0	24,0
Genovese	17,6	2,2	-1,2	10,1	66,5	23,4
Chiavarese	18,6	2,2	4,6	10,2	63,9	25,9
Spezzino	17,8	2,3	1,4	10,5	65,3	24,2
Media regionale	17,9	2,2	1,3	10,3	65,9	23,8
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.8.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Imperia	6,2	13,2	8,9	43,2	28,8	16,7	13.888
Savona	7,3	13,2	9,7	45,5	35,3	18,9	16.603
Genova	8,0	16,5	11,4	43,9	38,4	20,8	17.447
La Spezia	6,6	16,8	10,3	41,0	40,4	16,3	16.737
Media regionale	7,4	15,5	10,6	43,7	36,8	19,3	16.741
Media nazionale	9,0	16,2	11,7	46,6	31,6	17,6	13.614

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.8.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (a)

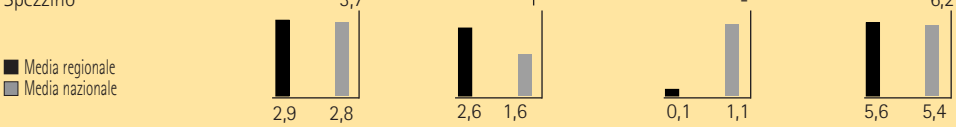
Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Imperiese	116,8	29,3	2,6	19,5	68,5	17,7	187,9	66,5
Savonese	109,6	30,5	3,0	20,6	56,3	17,6	168,9	68,7
Genovese	94,7	25,6	3,1	21,0	47,5	16,4	145,3	63,0
Chiavarese	94,8	32,1	3,7	21,4	54,0	19,7	152,5	73,2
Spezzino	103,7	22,2	2,8	23,2	50,7	19,1	157,2	64,5

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

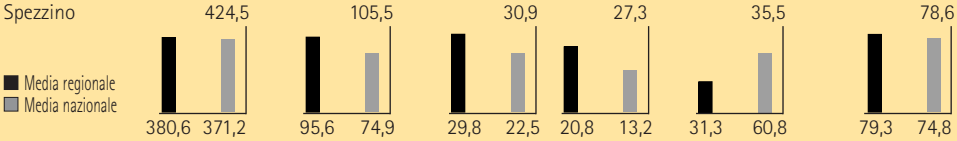
(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.8.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Imperiese	4,0		-	6,6
Savonese	2,9		0,4	5,9
Genovese	2,4	2,6	-	4,9
Chiavarese	3,4		-	5,9
Spezzino	3,7		-	6,2



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Imperiese	432,2	117,1	34,2	28,5	49,1	80,2
Savonese	414,6	93,4	25,4	20,6	35,8	79,5
Genovese	334,3	86,7	31,4	16,5	23,7	79,2
Chiavarese	418,7	101,0	21,8	22,2	30,8	79,3
Spezzino	424,5	105,5	30,9	27,3	35,5	78,6



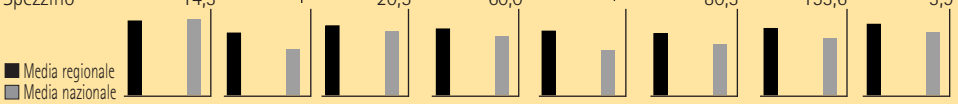
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.8.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Imperiese	16,1		22,4	60,3		80,6	155,7	3,6
Savonese	13,7		20,0	51,4		71,7	144,9	3,6
Genovese	7,6	6,3	13,9	28,0	20,3	48,3	103,9	3,5
Chiavarese	14,2		20,5	45,0		65,3	132,3	3,2
Spezzino	14,3		20,5	60,0		80,3	153,6	3,9



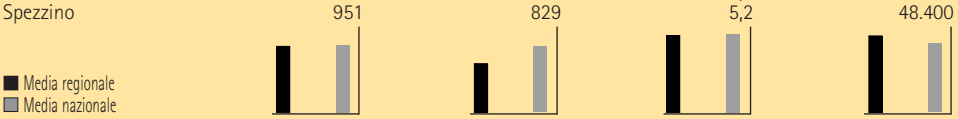
11,3 11,5 6,3 4,7 17,6 16,3 42,0 37,3 20,3 14,1 62,4 51,4 126,9 108,4 3,6 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.8.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Imperiese	1.045	1.246	4,4	44.300
Savonese	1.014	1.171	4,8	48.600
Genovese	1.007	837	5,0	51.000
Chiavarese	1.072	947	4,8	43.800
Spezzino	951	829	5,2	48.400



1.011 1.034 933 1.261 4,9 5,0 48.800 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.9. Emilia-Romagna

home

3.9.1. Contesto demografico

L'Emilia Romagna ha una popolazione complessiva di 3.942.513 abitanti, (dati Istat, 1997) ripartita in 13 Usl con una dimensione media di oltre 300.000 residenti con un'articolazione territoriale che va dal minimo di 103.000 abitanti che fanno capo alla Usl di Imola ai 615.192 di Modena (tav. 3.9.1.).
Anche in Emilia Romagna l'indice di vecchiaia è elevato, con 199,2 anziani per 100 bambini fino a 14 anni, e la Usl Bologna è quella con il più alto rapporto tra le generazioni estreme (pari a 327,1 per 100).
Il tasso di mortalità regionale è, dunque, anch'esso più elevato rispetto a quello nazionale (11,7 contro 9,8 per 1.000 abitanti). Si distingue Bologna per i valori più alti, 13,5 per 1.000, mentre il tasso più basso, inferiore anche alla media nazionale, si registra a Rimini (9,2).
Il tasso di natalità è invece più basso di quello medio nazionale sia a livello regionale (dove è pari a 7,6 per 1.000 abitanti contro il 9,4 italiano) che in tutte le Usl, con quella di Ferrara che registra la natalità più bassa (5,8) e Imola e Reggio Emilia che sono le Usl più prolifiche (entrambe con 8,7 nati per 1.000 abitanti).
È nella Usl di Rimini che si registra il più elevato numero di bambini con meno di cinque anni per 100 donne in età feconda: sono 20,1, un numero vicino anche se ancora inferiore a quello nazionale pari a 22,0 per 1.000, mentre è nella Usl Bologna che troviamo il minor numero di bambini: appena 15,1 (sempre per 100 donne in età feconda).
La dimensione media dei nuclei familiari è lievemente più bassa rispetto a quella media nazionale: di 2,5 componenti per nucleo a livello regionale con valori che oscillano da un minimo di 2,1 componenti sempre a Bologna per arrivare al massimo di 2,7 di Cesena equivalente al valore medio nazionale.
L'analisi della struttura per età della popolazione indica che la Usl Cesena è la più "giovane" della regione con il 12,9% di ragazzi fino a 14 anni sul totale degli abitanti, contro il 10,8% regionale, e con il 18,3% di anziani sopra i 64 anni per 100 abitanti a fronte del più elevato valore medio regionale (21,6%). Bologna si conferma, per contro, come la Usl più anziana: solo il 7,8% di ragazzi fino a 14 anni sul totale della popolazione e ben il 25,6% di anziani sopra i 64 anni.
Il saldo migratorio evidenzia, infine, che tutte le Usl emiliane sono caratterizzate da flussi positivi con quella di Reggio Emilia che attrae più abitanti (saldo migratorio pari a 11,8 per 1.000 abitanti).

3.9.2. Contesto economico (provinciale)

I tassi di disoccupazione in Emilia Romagna sono decisamente più bassi rispetto a quelli medi nazionali e quello relativi alla popolazione maschile, in particolare, è a livello di quota frizionale (è pari al 3 per 100 contro il 9 per 100 naziona-

le) (tav. 3.9.2.). Anche per le donne il tasso, sebbene più elevato, è sensibilmente inferiore a quello medio nazionale e arriva al minimo del 6,1 per 100 nella provincia di Modena. È solo nella città di Rimini che la disoccupazione acquisisce maggiore rilievo: 5,8 per 100 per i maschi e 15 per 100 per le femmine con un dato, quest'ultimo, che si avvicina a quello medio nazionale del 16,2 per 100.
Il tasso di attività conferma la situazione privilegiata a livello economico di questa regione che ha 51,1 appartenenti alle forze lavoro per 100 residenti di 15 anni e oltre, con punte di 55,3 a Modena, contro il 46,6 per 100 nazionale.
Coerentemente con i dati fin qui illustrati, anche il valore aggiunto pro-capite, risulta sensibilmente superiore alla media nazionale con 40,8 milioni pro-capite (contro 31,6). Esiste, a tale riguardo, una notevole variabilità a livello provinciale e i valori oscillano dal massimo della provincia di Modena che sfiora i 50 milioni pro-capite, al minimo di Rimini che con i suoi 32,9 si colloca comunque sempre al di sopra del dato medio nazionale. L'ulteriore indicatore della disponibilità economica rappresentato dall'imponibile medio per residente evidenzia una situazione di benessere economico abbastanza diffuso nella regione, con 17,635 milioni di lire per residente a fronte dei 13,614 nazionali che arrivano ai 20,879 milioni a Bologna.
L'entità dei depositi bancari è, ovviamente, elevata e nettamente superiore a quella media nazionale. La media regionale è di 23,5 milioni pro-capite a fronte dei 17,6 della media, ma appare piuttosto differenziata a livello provinciale con Ferrara (14,6 milioni pro-capite) e Rimini (18,8 milioni pro-capite) in cui l'ammontare di tali depositi è, invece, inferiore a quelli registrati nel Paese.

3.9.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile presenta, in Emilia Romagna, valori lievemente superiori alla media nazionale per le donne (73,7 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti con riferimento a tutte le cause contro 71,9) mentre per gli uomini il valore è inferiore a quello medio nazionale (174,3 contro 176,1) (tav. 3.9.3.). È tuttavia possibile evidenziare una notevole differenziazione a livello delle singole Usl con Bologna, ad esempio, in cui i decessi per cause evitabili per i maschi scendono a 155,8 per 100.000 abitanti, il minimo della regione e con Piacenza che arriva a 200,5 decessi per 100.000 abitanti. I decessi femminili per cause evitabili raggiungono invece la punta più alta a Bologna nord (83,8) e quella più bassa a Forlì (63,2).
Sono, in particolare, i decessi maschili e femminili evitabili con interventi di prevenzione primaria a risultare nella regione superiori al numero medio registrato nel Paese: rispettivamente, 119,2 e 34, 4 per 100.000 abitanti contro i 117,0 e i 30,8 della media nazionale. Per quanto riguarda le altre cause i dati regionali si discostano in maniera differenziata da quelli registrati nel Paese, tuttavia solo i decessi femminili evitabili grazie ad interventi di diagnosi precoce e terapia sono lievemente superiori alla media nazionale, mentre negli altri casi si mantengono al di sotto.
A livello di singole Usl, l'analisi del dato disaggregato per cause mette inoltre in luce che i valori relativi ai decessi maschili evitabili con misure di prevenzione primaria raggiungono il minimo nella Usl Bologna (101,6) e il massimo in quella di Ferrara (138,0), mentre per le donne la Usl con meno decessi attribuibili a queste cause è quella di Rimini (26,1). Bologna Nord è la Usl in cui si registra il primato negativo per le donne con 44,5 decessi.
Per i decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, il dato regionale

home

è lievemente inferiore alla media nazionale per i decessi maschili (2,1 contro 2,5) e lievemente superiore per quelli femminili (22,3 in Emilia contro i 21,9 italiani). Infine, anche per le morti evitabili derivate da carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, il dato regionale è inferiore a quello nazionale sia per gli uomini che per le donne. È possibile tuttavia evidenziare che in alcune Usl, ad esempio Piacenza per gli uomini e Imola per le donne, il numero di decessi per 100.000 abitanti risulta sensibilmente superiore a quello delle altre Usl e a quello italiano.

3.9.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto ospedalieri in Emilia Romagna ammonta a 5,8 letti per 1.000 abitanti e risulta, dunque, superiore a quella media nazionale di 5,4. La distribuzione dei posti letto fra ospedali delle Usl (2,9), Aziende ospedaliere (1,6) e Istituti privati accreditati (1,3) risulta sostanzialmente in linea con le rispettive medie nazionali (tav. 3.9.4.).
Le Usl Ravenna e Bologna sono quelle dove si rileva l'offerta più ampia (rispettivamente 8,3 e 8,1 posti letto per 1.000 abitanti), ma anche Forlì, Cesena e Piacenza offrono più di 7 posti letto per 1.000 abitanti. Bologna sud e Bologna nord si mettono in luce, invece, per l'offerta più bassa: entrambe hanno una dotazione di meno di 4 posti letto per 1.000 abitanti. L'analisi dell'offerta sulla base dell'intensità di assistenza consente inoltre di rilevare che sia per i posti letto in specialità di base (420 per 100.000 abitanti), che per quelli in terapia intensiva e subintensiva (15 per 100.000 abitanti) che per quelli in riabilitazione e lungodegenza (64,2 per 100.000 abitanti) l'offerta regionale è superiore a quella media nazionale. Il tasso di utilizzazione dei posti letto nella regione è pari al 74,8% e, pertanto, equivalente a quello medio nazionale con punte di efficienza a Cesena, dove si registra il più elevato 78,5% e, ancora di più a Piacenza dove il tasso di utilizzazione supera l'80%.

3.9.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

I dati relativi ai medici dipendenti delle Usl rapportati alla popolazione residente indicano, per la regione, un numero complessivo superiore a quello medio nazionale (18,2 contro 16,3 medici per 10.000 abitanti) che presenta, però, una certa disomogeneità a livello provinciale con dati che oscillano dai 26,3 medici per 10.000 abitanti a Imola ai 12,5 di Parma (tav. 3.9.5.).
L'analisi del dato in base all'appartenenza dei medici alle Aziende Usl o alle Aziende ospedaliere evidenzia che i dati della regione si allineano a quelli nazionali con 13,2 medici dipendenti delle Usl per 10.000 abitanti e 5,1 medici dipendenti delle Aziende ospedaliere per 10.000 abitanti.
La dotazione complessiva di infermieri, notevolmente superiore a quella media nazionale (65,1 contro 51,4), appare anch'essa diversamente distribuita nelle diverse Usl e registra la sua punta massima di nuovo a Imola, con 103 infermieri per 10.000 abitanti e una quota doppia rispetto a quella media nazionale, per toccare invece il minimo a Bologna sud che con i suoi 42,2 infermieri per 10.000 abitanti si colloca anche significativamente al di sotto del numero medio registrato nel Paese. Gli infermieri dipendenti delle Aziende ospedaliere ammontano a 19 per 10.000 abitanti a livello regionale contro il dato nazionale di 14,1.
Il dato relativo al numero di infermieri per medico è, invece, solo lievemente

superiore a quello nazionale (3,6 contro 3,2). I dipendenti delle Aziende Usl della regione ammontano, complessivamente, a 126,8 per 10.000 abitanti e sono, quindi, ben al di sopra del dato nazionale di 108,4 (sempre per 10.000 abitanti) anche se le oscillazioni fra una Azienda Usl e l'altra sono molto ampie e il personale dipendente va dal massimo dell'Aziende Usl di Imola (204,3) al minimo di quella di Bologna sud che con 83,9 dipendenti per 10.000 abitanti si colloca ben al di sotto della media nazionale.

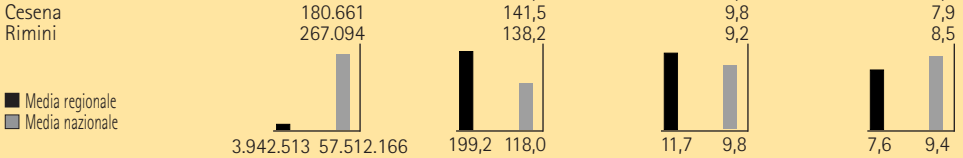
3.9.6. Medicina di base

Con riferimento alla medicina di base, gli indicatori sulla disponibilità di medici di medicina generale in rapporto agli abitanti evidenziano per l'Emilia Romagna una situazione di lieve svantaggio rispetto a quella media italiana con 1.069 abitanti per medico di medicina generale (contro i 1.034 della media nazionale) (tav. 3.9.6.). Migliore è invece il quadro della pediatria di base con 942 bambini in età pediatrica per medico a fronte dei 1.261 sempre della media italiana.
Esiste, comunque, anche in questa regione una certa variabilità nelle diverse Usl soprattutto con riferimento alla pediatria di base che vede oscillare i valori dal minimo di 773 bambini residenti per pediatra nella Usl di Bologna al massimo dei 1.087 a Rimini con un rapporto che è, comunque, inferiore a quello medio nazionale.
L'ultimo indicatore, rappresentato dal numero di prescrizioni per assistito, evidenzia, infine, che l'Emilia Romagna si attesta su valori lievemente inferiori a quelli medi nazionali (4,5 contro 5,0) anche se è presente una significativa variabilità a livello delle singole Usl: dalle 2,3 prescrizioni per assistito della Usl di Modena alle 5,3 ricette, sempre per assistito, di Forlì con un importo medio per ricetta che è, a livello regionale, inferiore a quello nazionale (37.300 lire contro 43.900 lire), con una certa variazione tra le Usl: si va dalle 28.500 lire di Bologna sud alle 43.700 di Piacenza.

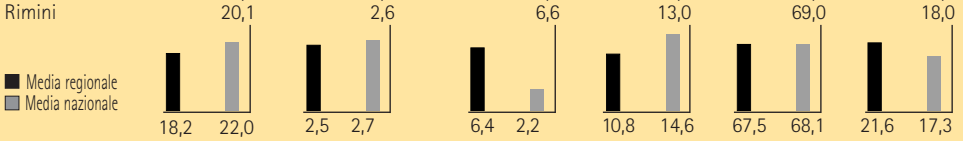
home

TAVOLA 3.9.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Piacenza	266.089	223,2	13,2	7,2
Parma	393.760	223,7	12,8	7,5
Reggio nell'Emilia	436.612	179,2	11,3	8,7
Modena	615.193	170,4	10,7	8,4
Bologna sud	234.849	182,6	11,2	7,9
Imola	103.670	192,4	11,0	8,7
Bologna nord	186.645	191,3	10,9	8,4
Bologna	384.449	327,1	13,5	6,7
Ferrara	352.822	228,2	12,9	5,8
Ravenna	349.963	218,5	12,0	7,0
Forlì	170.708	199,2	11,5	6,9
Cesena	180.661	141,5	9,8	7,9
Rimini	267.094	138,2	9,2	8,5



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	18,9	2,4	4,6	10,5	66,2	23,3
Parma	18,8	2,4	6,3	10,5	65,9	23,6
Reggio nell'Emilia	19,9	2,5	11,8	11,9	66,7	21,4
Modena	19,6	2,5	7,1	11,7	68,3	20,0
Bologna sud	17,2	2,4	9,3	10,5	70,4	19,1
Imola	18,7	2,5	7,8	11,2	67,3	21,5
Bologna nord	17,9	2,5	9,7	10,9	68,4	20,8
Bologna	15,1	2,1	3,2	7,8	66,5	25,6
Ferrara	15,3	2,5	1,6	9,8	67,9	22,3
Ravenna	16,7	2,5	5,3	10,2	67,4	22,4
Forlì	18,2	2,5	3,8	11,2	66,4	22,4
Cesena	19,7	2,7	5,3	12,9	68,8	18,3
Rimini	20,1	2,6	6,6	13,0	69,0	18,0



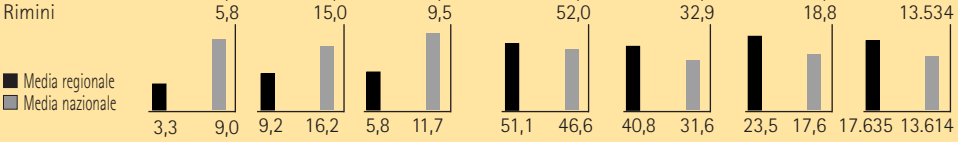
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.9.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Piacenza	3,7	9,5	6,0	48,9	36,2	26,0	16.701
Parma	1,6	9,9	5,1	50,5	41,0	23,8	18.439
Reggio nell'Emilia	2,7	7,5	4,7	51,9	40,0	22,4	17.474
Modena	2,0	6,1	3,8	55,3	43,6	25,0	17.832
Bologna	3,3	7,3	5,1	49,8	49,4	28,1	20.879
Ferrara	4,6	14,0	8,6	45,9	33,1	14,6	15.573
Ravenna	4,4	12,4	7,9	48,4	36,3	22,1	16.523
Forlì	3,6	9,4	6,2	51,4	35,6	22,0	15.217
Rimini	5,8	15,0	9,5	52,0	32,9	18,8	13.534

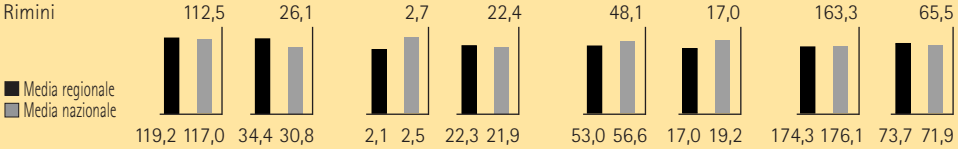


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.9.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	132,8	37,6	1,3	22,5	66,4	16,7	200,5	76,8
Parma	118,7	30,5	2,2	24,5	59,1	17,2	180,0	72,2
Reggio nell'Emilia	114,8	35,5	2,6	22,2	51,1	17,6	168,5	75,3
Modena	120,8	32,1	1,4	21,3	55,5	17,7	177,7	71,1
Bologna sud	109,8	34,2	2,1	24,6	55,7	18,2	167,6	77,0
Imola	115,6	29,5	1,2	27,4	39,3	21,6	156,1	78,5
Bologna nord	135,4	44,5	1,6	19,6	52,9	19,7	189,9	83,8
Bologna	101,6	35,0	2,5	22,9	51,7	15,4	155,8	73,3
Ferrara	138,0	38,4	2,2	23,3	56,4	17,0	196,6	78,7
Ravenna	119,3	37,7	2,5	20,2	43,9	17,8	165,7	75,7
Forlì	117,1	31,0	3,0	18,8	48,0	13,4	168,1	63,2
Cesena	115,6	36,0	1,5	22,0	46,3	12,5	163,4	70,5
Rimini	112,5	26,1	2,7	22,4	48,1	17,0	163,3	65,5



Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.9.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Piacenza	4,2		1,3	7,1
Parma	1,3		1,5	4,3
Reggio nell'Emilia	2,0		0,8	4,3
Modena	2,5		0,8	4,9
Bologna sud	1,4		1,0	3,9
Imola	5,2		-	6,8
Bologna nord	2,2	1,6	-	3,8
Bologna	3,5		3,0	8,1
Ferrara	2,4		0,8	4,7
Ravenna	4,1		2,6	8,3
Forlì	4,5		1,4	7,5
Cesena	4,5		1,3	7,4
Rimini	3,6		1,3	6,5
Media regionale	2,9	1,6	1,3	5,8
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Piacenza	515,6	73,3	15,6	18,4	83,0	80,3
Parma	297,7	41,0	10,1	9,2	73,7	74,7
Reggio nell'Emilia	345,2	37,9	13,0	11,1	27,0	69,8
Modena	357,0	44,5	9,6	14,7	66,9	76,2
Bologna sud	309,3	44,6	9,6	6,7	20,8	73,4
Imola	476,5	55,5	14,4	18,3	116,1	78,6
Bologna nord	310,9	32,3	9,6	8,3	17,8	83,6
Bologna	510,1	104,0	57,5	17,9	120,7	68,9
Ferrara	339,6	31,4	10,2	10,1	83,3	70,9
Ravenna	554,1	120,0	35,9	22,5	98,3	77,7
Forlì	571,0	105,8	16,6	17,2	38,8	72,1
Cesena	603,7	54,7	35,1	26,1	16,0	78,5
Rimini	503,5	68,3	23,5	21,7	34,5	75,8
Media regionale	420,0	61,2	20,1	15,0	64,2	74,8
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.9.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Piacenza	16,7		21,8	58,6		77,6	149,0	3,6
Parma	7,4		12,5	29,1		48,1	92,7	3,8
Reggio nell'Emilia	9,8		14,9	36,2		55,2	109,8	3,7
Modena	11,1		16,2	38,9		57,9	109,8	3,6
Bologna sud	8,2		13,2	23,2		42,2	83,9	3,2
Imola	21,2		26,3	84,0		103,0	204,3	3,9
Bologna nord	12,1	5,1	17,2	43,0	19,0	61,9	121,3	3,6
Bologna	17,7		22,8	60,3		79,2	157,3	3,5
Ferrara	10,6		15,7	37,8		56,7	114,4	3,6
Ravenna	19,6		24,7	64,9		83,9	161,0	3,4
Forlì	17,5		22,5	59,5		78,4	161,1	3,5
Cesena	14,9		20,0	58,0		76,9	145,9	3,8
Rimini	14,6		19,7	48,7		67,7	126,9	3,4

13,2 11,5 5,1 4,7 18,2 16,3 46,1 37,3 19,0 14,1 65,1 51,4 126,8 108,4 3,6 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.9.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Piacenza	1.018	1.030	4,6	43.700
Parma	1.071	903	5,0	35.200
Reggio nell'Emilia	1.089	947	4,9	36.100
Modena	1.0623	924	2,3	33.300
Bologna sud	1.095	847	5,0	28.500
Imola	1.046	892	4,7	36.400
Bologna nord	1.223	1.013	4,6	36.000
Bologna	1.125	773	4,7	39.300
Ferrara	1.047	932	4,9	40.700
Ravenna	1.030	995	4,7	42.800
Forlì	1.031	1.066	5,3	34.300
Cesena	1.063	974	5,1	38.000
Rimini	1.032	1.088	5,2	36.300

1.069 1.034 942 1.261 4,5 5,0 37.300 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.10. Toscana

home

3.10.1. Contesto demografico

La Toscana ha oltre 3.500.000 residenti (dati Istat, 1997), divisi per l'assistenza sanitaria in 12 Aziende Usl con una dimensione media di oltre 290.000 residenti che variano dai 797.244 dell'Azienda Usl di Firenze, la più densamente popolata, ai 158.546 dell'Azienda Usl Versilia (tav. 3.10.1.).
L'analisi dei dati relativi alla struttura per età della popolazione permette di evidenziare la maggiore presenza della popolazione anziana (con oltre 64 anni) che rappresenta, nella regione, il 21,4% del totale, a fronte di una media nazionale del 17,3%, mentre i residenti fino a 14 anni sono l'11,5% degli abitanti, una quota inferiore alla media del 14,6% registrata nel Paese.
L'indice di vecchiaia è, di conseguenza, elevato, con 186,4 anziani per 100 bambini a fronte dei 118 della media nazionale, e le Aziende Usl di Siena, di Firenze e di Grosseto sono le più "anziane", con un rapporto fra residenti oltre i 64 anni e bambini fino a 14 anni superiore a 2 a 1. Il tasso di mortalità regionale è anch'esso più elevato rispetto a quello nazionale (11,7 contro 9,8). È a Siena che si registrano i valori più alti, 13,3 per 1.000, mentre è solo nell'Azienda Usl di Prato che il tasso è inferiore a quello medio italiano (9,2 contro 9,8).
Il tasso di natalità è, invece, più basso di quello medio nazionale sia a livello regionale (7,6 contro il 9,4) che in tutte le Aziende Usl, con quella di Grosseto che ha il più basso numero di nascite, 6,6 per 1.000 abitanti.
Con riferimento al numero di bambini con meno di cinque anni per 100 donne in età feconda, i dati confermano il quadro di declino demografico della regione che si attesta su valori inferiori a quelli già bassi registrati a livello nazionale (18,4 bambini sotto i 5 anni per 100 donne in età feconda contro i 22,0 della media del Paese). La dimensione media dei nuclei familiari è, invece, vicina a quella rilevata a livello nazionale, 2,6 componenti, senza variazioni di rilievo fra un'Azienda Usl e l'altra. Il tasso migratorio evidenzia, infine, che tutte le Aziende Usl toscane sono caratterizzate da flussi positivi con un tasso regionale pari a 4,9 per 1.000 abitanti, contro il 2,2 nazionale, e con in particolare le Aziende Usl di Prato e di Arezzo che attraggono più abitanti (rispettivamente con un tasso migratorio pari a 7,8 e 7,3).

3.10.2. Contesto economico (provinciale)

Il tasso di disoccupazione in Toscana è decisamente inferiore a quello medio nazionale (dell'8,1 per 100 contro l'11,7). Tale condizione di vantaggio riguarda sia gli uomini che le donne: il tasso di disoccupazione maschile è pari al 5 per 100, con un massimo, tuttavia, del 9,3 per 100 nella provincia di Massa, contro il 9,0 nazionale, mentre quello femminile ammonta al 12,6 per 100 a fronte della media italiana del 16,2 che raggiunge quasi il 23,0 per 100 nelle province di Massa e di Livorno (tav. 3.10.2.).

Il tasso di attività nella regione è di poco superiore a quello nazionale con 47,1 appartenenti alle forze lavoro per 100 residenti di 15 anni e oltre, contro il 46,6 nazionale e con una significativa variazione dell'indicatore dal 54,9 per 100 della provincia di Prato al minimo del 43,2 in quella di Massa.
Anche l'indicatore relativo al valore aggiunto pro-capite risulta lievemente superiore a quello medio nazionale con 34 milioni pro-capite (contro 31,6) che scendono a 25,5 milioni nella provincia di Massa.
L'imponibile medio per residente si attesta su una cifra pari a 16,022 milioni di lire per residente, superiore alla media nazionale, ma con consistenti variazioni nelle province dal minimo di Arezzo e Grosseto (poco più di 13 milioni) al massimo di Firenze (oltre 19 milioni per residente).
Il discreto benessere economico di cui gode la regione è ulteriormente sottolineato dal dato sull'entità dei depositi bancari che ammontano a 21 milioni di lire pro-capite (a fronte dei 17,6 milioni della media del Paese) e che superano i 24 milioni a Firenze e a Prato. La provincia di Massa si conferma, invece, come la più problematica sotto il profilo della situazione economica, con 15 milioni di depositi bancari pro-capite.

3.10.3. Mortalità evitabile

A livello complessivo, il tasso standardizzato della mortalità evitabile presenta, in Toscana, valori inferiori a quelli medi nazionali sia con riferimento ai decessi maschili (153,4 contro 176,1 per 100.000 abitanti) che a quelli femminili (63,7 contro 71,9 sempre per 100.000 abitanti). L'analisi della situazione nelle diverse Aziende Usl permette tuttavia di evidenziare una certa variabilità al riguardo con il primato positivo dell'Azienda Usl di Siena per i decessi maschili evitabili (137,2 per 100.000 abitanti) e quello dell'Azienda Usl di Prato per quelli femminili (53,3), mentre il primato negativo per i decessi maschili spetta all'Azienda Usl della Versilia (184,9) e a quelle di Lucca e di nuovo di Versilia per quelli femminili (73,1).
Prendendo in considerazione le diverse cause di morti evitabili è possibile rilevare che:
• con riferimento alle morti evitabili con interventi di prevenzione primaria, i tassi della regione sono inferiori a quelli medi nazionali con riferimento sia ai decessi maschili (104,2 contro 117,0 per 100.000 abitanti) che a quelli femminili (29,1 contro 30,8) anche se, in questo caso, con uno scarto minore. L'Azienda Usl con la situazione migliore è quella di Siena per le morti evitabili maschili (90,3) e quella di Prato per le morti femminili (19,3);
• per quanto riguarda i decessi dovuti alla carenza di diagnosi e di terapia precoce, i tassi regionali sono di nuovo inferiori a quelli medi nazionali. La situazione migliore nel caso dei decessi maschili evitabili si riscontra nell'Azienda Usl di Arezzo, con 1,4 decessi per 100.000 abitanti, mentre il numero minimo di decessi evitabili femminili è presente nell'Azienda Usl di Empoli (14,7 a fronte dei 18,8 della regione e dei 21,9 della media italiana);
• i decessi evitabili legate a carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, sono inferiori a quelli medi in Italia sia per quanto riguarda gli uomini, 47,0 contro 56,6, che per le donne, 15,8 contro 19,2 per 100.000 abitanti. A livello delle singole Aziende Usl si va dal minimo di 41,9 decessi maschili evitabili dell'Azienda Usl di Empoli al massimo di 52,8 dell'Azienda Usl di Pistoia. Per i decessi femminili, il numero varia da quello più contenuto dell'Azienda Usl di Pistoia (13,0 per 100.000 abitanti) ai 19,4 dell'Azienda Usl di Livorno.

3.10.4. Rete ospedaliera

La dotazione complessiva di posti letto ospedalieri in Toscana ammonta a 5,6 per 1.000 abitanti e risulta di poco superiore a quella media nazionale pari a 5,4 (tav. 3.10.4). La quota maggiore dei posti letto, 3,2 per 1.000 abitanti, è offerta dagli ospedali delle Aziende Usl, una quota che è superiore a quella media italiana pari a 2,8. Tale offerta assume una particolare concentrazione nell'Azienda Usl di Empoli, che ha ben 6,1 posti letto disponibili per 1.000 abitanti, mentre l'offerta minima si registra nell'Azienda Usl di Pisa con 1,6 posti, sempre per 1.000 abitanti.
I posti letto delle Aziende ospedaliere, 1,4 per 1000 abitanti, sono leggermente al di sotto di quelli registrati in media sull'intero territorio nazionale (1,6). L'offerta di letti in Istituti privati accreditati è pari a 1,0 per 1.000 abitanti, contro l'analogo 1,1 della media nazionale, e risulta particolarmente concentrata nell'Azienda Usl di Firenze (con 3,2 posti letto per 1.000 abitanti), mentre è del tutto assente nell'Azienda Usl di Massa Carrara.
L'analisi dell'articolazione dell'offerta per intensità di assistenza permette di evidenziare che:
• solo per le specialità di base l'offerta regionale di posti letto supera quella media nazionale (416,4 contro 371,2) e raggiunge il suo massimo nell'Azienda Usl di Empoli con oltre 650 posti letto, sempre per 100.000 abitanti;
• per le specialità a media assistenza, il valore regionale è decisamente inferiore a quello nazionale (51,8 contro 74,9) e lo supera in una sola Azienda Usl, quella di Lucca, che dispone di 78,3 posti letto per 100.000 abitanti;
• per le specialità ad alta assistenza e per la terapia intensiva e sub intensiva, la disponibilità di posti letto si colloca su valori vicini a quelli medi nazionali pari, rispettivamente, a 22,5 e a 13,2 posti letto per 100.000 abitanti;
• per i posti letto in riabilitazione e lungodegenza, i livelli di offerta sono, di nuovo, inferiori a quelli medi del Paese, con 53 posti letto per 100.000 abitanti contro i 60,8 della media italiana, una media superata solo nell'Azienda Usl della Versilia (79,5) e in misura decisamente più ampia, in quella di Firenze (162,7).
Il tasso di utilizzazione dei posti letto, a livello regionale, è al di sotto di quello medio nazionale (del 69,6% contro il 74,8%), ma evidenzia una certa disomogeneità con riferimento alle singole Aziende Usl e varia dall'87,4% dell'Azienda Usl di Grosseto al 58,5% di quello dell'Azienda Usl di Firenze.

3.10.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl

La disponibilità di medici dipendenti del Ssn, nella regione, è superiore al livello medio nazionale e pari a 18,1 medici per 10.000 abitanti (tav. 3.10.5). Sono tuttavia presenti variazioni nelle diverse Aziende Usl con il numero minimo di medici nell'Azienda Usl di Siena, 15 medici per 10.000 abitanti, e il massimo dell'Azienda Usl di Massa Carrara (22,9). Il numero di medici dipendenti delle Aziende Usl è leggermente superiore a quello medio nazionale (13,5 contro 11,5) mentre quello dei medici delle Aziende ospedaliere si allinea ai valori medi del Paese (4,6 contro 4,7).
La disponibilità di infermieri, risorsa sempre più strategica nel quadro delle modificazioni del modello assistenziale, è anch'essa al di sopra della media nazionale con 64,8 infermieri per 10.000 abitanti a fronte del dato italiano pari a 51,4 e con una prevalenza di quelli dipendenti delle Aziende Usl (49,2 infermieri per 10.000 abitanti contro i 15,6, sempre per 10.000 abitanti, che sono dipendenti del'Azienda ospedaliera). Anche il rapporto infermieri per medico è supe-

riore a quello nazionale pari 3,2: nella regione, infatti, sale a 3,6 infermieri per medico.
Per quanto riguarda infine il dato relativo al numero di dipendenti delle Aziende Usl, quello della Toscana, con 127,6 dipendenti per 10.000 abitanti, risulta superiore a quello medio italiano (108,4) con la sola Azienda Usl di Pisa che si colloca al di sotto di tale media (93,3 dipendenti per 100.000 abitanti).

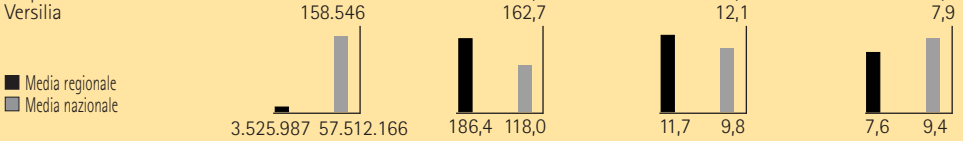
3.10.6. Medicina di base

L'indicatore relativo all'offerta in medicina di base e in pediatria evidenzia che nella regione la copertura in quest'ambito si colloca al di sopra della media nazionale (tav. 3.10.6.). A livello regionale è infatti disponibile 1 medico di base per 1.004 residenti, contro i 1.034 in media in Italia, e 1 pediatra per 1.050 bambini in età pediatrica a fronte dei 1.261 del dato nazionale. È nella provincia di Empoli che troviamo l'estremo positivo dell'offerta in medicina di base (937 residenti per medico) mentre in quella di Firenze è presente la più ampia offerta di pediatri, 1 per 854 bambini.
L'attività prescrittiva dei medici, in Toscana, è analoga a quella media nazionale; vengono infatti emesse, in media, 5,1 ricette per assistito a fronte delle 5,0 registrate in Italia. L'importo medio per ricetta risulta inferiore al valore nazionale (40.800 lire a ricetta contro 43.900) con l'Azienda Usl di Lucca che presenta l'importo minimo, in media 35.200 lire a ricetta, e quella di Firenze dove l'importo raggiunge il massimo della regione (44.900 lire).

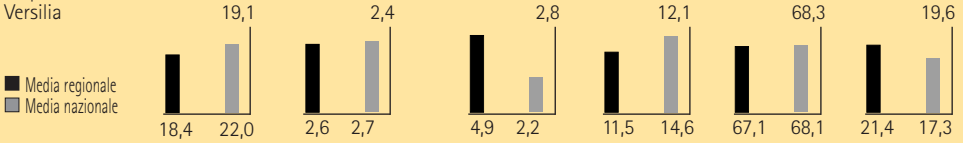
home

TAVOLA 3.10.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Massa Carrara	200.579	172,8	12,1	6,8
Lucca	217.042	191,2	12,3	7,7
Pistoia	267.091	178,4	11,7	8,0
Prato	223.628	131,7	9,2	8,2
Pisa	317.331	180,3	11,8	7,4
Livorno	344.741	192,4	12,0	7,4
Siena	251.837	232,9	13,3	7,0
Arezzo	318.353	179,1	11,6	7,6
Grosseto	216.313	202,8	12,6	6,6
Firenze	797.244	205,4	11,5	7,7
Empoli	213.282	170,6	10,6	8,4
Versilia	158.546	162,7	12,1	7,9



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	19,3	2,5	2,2	12,3	66,6	21,2
Lucca	18,4	2,6	4,8	11,6	66,1	22,2
Pistoia	18,1	2,5	5,8	11,7	67,3	21,0
Prato	19,5	2,8	7,8	13,3	69,3	17,5
Pisa	18,5	2,6	3,8	11,7	67,3	21,1
Livorno	17,9	2,5	2,0	11,2	67,3	21,5
Siena	18,2	2,5	6,7	10,6	64,6	24,8
Arezzo	19,8	2,7	7,3	12,2	66,0	21,8
Grosseto	17,5	2,5	5,1	11,0	66,8	22,3
Firenze	17,4	2,4	4,2	10,5	67,9	21,6
Empoli	19,2	2,8	7,8	12,2	67,1	20,7
Versilia	19,1	2,4	2,8	12,1	68,3	19,6



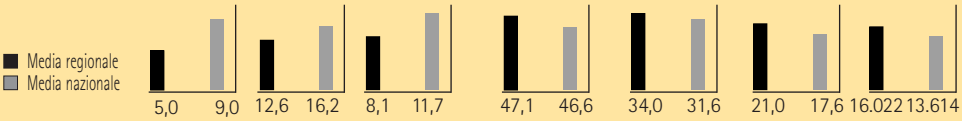
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.10.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Massa	9,3	22,8	14,5	43,2	25,5	15,0	13.809
Lucca	5,2	9,7	6,8	447	31,9	19,3	14.572
Pistoia	4,6	13,4	8,3	47,8	33,0	21,0	14.657
Firenze	5,0	11,0	7,5	46,6	41,1	24,4	19.279
Livorno	7,8	22,9	13,8	44,7	29,3	14,4	14.478
Pisa	4,0	13,9	8,0	49,9	32,7	20,1	14.905
Arezzo	1,8	5,6	3,3	47,8	30,2	23,1	14.646
Siena	2,3	7,4	4,4	48,4	32,1	23,0	15.801
Grosseto	7,6	18,3	11,8	43,8	27,2	17,5	13.270
Prato	4,5	9,7	6,5	54,9	39,0	24,1	17.300

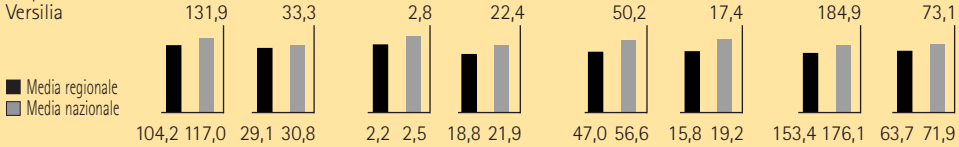


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.10.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	132,0	33,4	3,4	18,6	48,5	16,5	183,9	68,5
Lucca	114,8	35,3	2,7	20,4	47,3	17,4	164,8	73,1
Pistoia	116,9	28,3	1,6	17,0	52,8	13,0	171,3	58,3
Prato	101,2	19,3	2,0	19,7	47,3	14,3	150,5	53,3
Pisa	109,1	30,3	2,7	19,5	48,8	18,5	160,6	68,3
Livorno	101,5	27,3	1,9	18,7	45,2	19,4	148,6	65,4
Siena	90,3	29,1	2,0	21,3	44,9	13,2	137,2	63,6
Arezzo	100,2	27,0	1,4	18,5	46,9	13,6	148,5	59,1
Grosseto	116,8	27,3	2,6	19,2	51,4	17,3	170,8	63,8
Firenze	91,0	29,2	1,9	18,4	45,2	15,4	138,1	63,0
Empoli	93,0	32,0	3,4	14,7	41,9	15,0	138,3	61,7
Versilia	131,9	33,3	2,8	22,4	50,2	17,4	184,9	73,1



Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.10.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Massa Carrara	4,9		-	6,3
Lucca	3,8		0,6	5,8
Pistoia	3,0		0,5	4,9
Prato	3,3		0,4	5,1
Pisa	1,6		0,3	3,3
Livorno	3,8		0,2	5,4
Siena	1,7	1,4	0,2	3,2
Arezzo	4,2		0,5	6,1
Grosseto	4,4		0,3	6,0
Firenze	1,9		3,2	6,5
Empoli	6,1		0,3	7,8
Versilia	2,7		1,4	5,5
Media regionale	3,2	1,4	1,0	5,6
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Massa Carrara	497,1	59,7	33,0	28,3	10,9	66,0
Lucca	445,0	78,3	25,2	11,8	21,0	68,5
Pistoia	391,6	45,6	17,1	16,9	18,6	77,4
Prato	404,2	61,8	22,1	10,3	7,5	80,6
Pisa	246,2	26,1	14,1	14,4	28,0	73,5
Livorno	422,6	61,3	30,1	16,8	9,9	70,2
Siena	263,1	28,9	14,1	6,5	9,2	74,0
Arezzo	500,1	55,9	23,8	13,1	15,1	71,3
Grosseto	460,0	68,3	24,3	11,4	38,1	87,4
Firenze	408,2	45,7	24,3	10,8	162,7	58,5
Empoli	664,4	59,2	14,1	26,0	15,7	71,8
Versilia	386,3	58,3	19,1	9,3	79,5	72,7
Media regionale	416,4	51,8	22,2	14,0	53,0	69,6
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

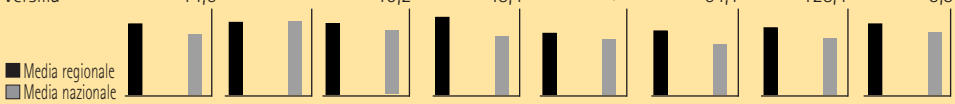
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.10.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Massa Carrara	18,3		22,9	69,0		84,6	157,0	3,7
Lucca	16,8		21,3	65,9		81,5	155,3	3,8
Pistoia	13,0		17,5	50,6		66,2	127,3	3,8
Prato	12,9		17,5	45,6		61,2	119,2	3,5
Pisa	7,5		12,1	31,1		46,7	93,3	3,9
Livorno	16,7		21,3	57,7		73,3	147,2	3,4
Siena	10,4	4,6	15,0	38,9	15,6	54,5	112,6	3,6
Arezzo	16,8		21,4	61,4		77,1	146,0	3,6
Grosseto	17,6		22,1	62,1		77,7	154,1	3,5
Firenze	11,2		15,7	38,9		54,5	110,5	3,5
Empoli	13,2		17,7	48,8		64,4	127,6	3,6
Versilia	14,6		19,2	48,4		64,1	128,4	3,3



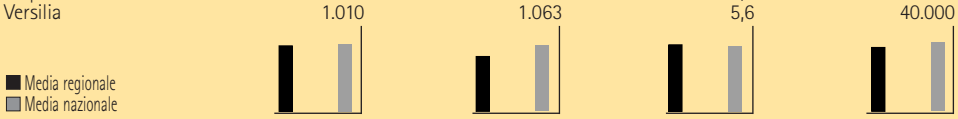
13,5 11,5 4,6 4,7 18,1 16,3 49,2 37,3 15,6 14,1 64,8 51,4 127,6 108,4 3,6 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.10.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Massa Carrara	1.012	1.068	5,2	38.900
Lucca	964	1.263	5,5	35.200
Pistoia	1.016	1.120	5,2	36.900
Prato	995	1.022	4,8	39.600
Pisa	997	975	5,2	43.300
Livorno	1.014	1.070	5,7	40.200
Siena	1.000	1.115	4,9	42.000
Arezzo	1.032	1.250	4,9	44.000
Grosseto	1.088	1.484	5,1	36.200
Firenze	998	854	4,8	44.900
Empoli	937	1.080	5,2	37.400
Versilia	1.010	1.063	5,6	40.000



1.004 1.034 1.051 1.261 5,1 5,0 40.800 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.11. Umbria

home

3.11.1. Contesto demografico

L'Umbria ha 830.815 abitanti (dati Istat, 1997) ripartiti in 5 Aziende Usl con una dimensione media di oltre 166.000 assistiti che variano dai 331.675 dell'Azienda Usl di Perugia, la più affollata, agli appena 41.899 dell'Azienda Usl di Orvieto (tav. 3.11.1.).
L'analisi dei dati relativi alla struttura per età della popolazione permette di evidenziare la maggiore presenza della popolazione anziana (con oltre 64 anni) che rappresenta, nella regione, il 21,5% del totale, a fronte di una media nazionale del 17,3%, mentre i bambini e i ragazzi fino a 14 anni sono il 12,4% degli abitanti, una quota inferiore alla media del 14,6% registrata nel Paese.
L'indice di vecchiaia è, di conseguenza, elevato, con 172,9 anziani per 100 bambini a fronte dei 118 della media nazionale, e l'Azienda Usl di Orvieto è quella in cui il rapporto fra anziani oltre i 64 anni e bambini fino a 15 anni è più alto (pari a 217,2) mentre l'Azienda Usl di Città di Castello è la più giovane con 157,9 anziani per 100 bambini.
Il tasso di mortalità regionale è anch'esso più elevato rispetto a quello nazionale (11,0 contro 9,8). È a Orvieto che si registrano i valori più alti, 13,4 per 1.000, ma in tutte le Aziende Usl il tasso è comunque superiore a quello medio italiano.
Il tasso di natalità è, invece, più basso di quello medio nazionale sia a livello regionale (7,7 contro il 9,4) che in tutte le Aziende Usl con quella di Foligno che ha il più basso numero di nascite, 6,9 per 1.000 abitanti.
Con riferimento al numero di bambini con meno di cinque anni per 100 donne in età feconda, i dati confermano il quadro di declino demografico della regione che si attesta su valori inferiori a quelli già bassi registrati a livello nazionale (19,6 bambini sotto i 5 anni per 100 donne in età feconda contro 22).
La dimensione media dei nuclei familiari è, invece, la stessa registrata a livello nazionale – 2,7 componenti – senza variazioni di rilievo fra un'Azienda Usl e l'altra.
Il tasso migratorio evidenzia, infine, che tutte le Aziende Usl umbre sono caratterizzate da flussi positivi, con un tasso regionale pari a 5,4 per 1.000, contro il 2,2 nazionale, e con in particolare l'Azienda Usl di Perugia che attrae più abitanti (tasso migratorio pari a 8,0).

3.11.2. Contesto economico (provinciale)

Il tasso di disoccupazione in Umbria, è più basso rispetto a quello medio nazionale (dell'8,6 per 100 contro l'11,7). È soprattutto la popolazione maschile a godere di una condizione di vantaggio al riguardo: il relativo tasso di disoccupazione è del 4,9 per 100, con un massimo del 5,4 nella provincia di Terni, contro il 9,0 nazionale, a fronte di un valore quasi triplo riferito alle donne (il 14,1 per

100) senza differenze significative nelle due province (tav. 3.11.2.).
Il tasso di attività nella regione risulta leggermente inferiore a quello nazionale, con 44,8 appartenenti alle forze lavoro per 100 residenti di 15 anni e oltre contro il 46,6 nazionale e con una significativa variazione del dato nelle due province, dal 39,9 di Terni al 46,7 di Perugia. L'indicatore relativo al valore aggiunto pro-capite risulta, invece, lievemente inferiore a quello medio nazionale con 30 milioni pro-capite (contro 31,6) che scendono a 26,8 milioni nella provincia di Terni.
Anche l'imponibile medio per residente si attesta su cifre sostanzialmente simili a quelle registrate nel Paese: 13,645 milioni per residente con una variazione minima fra la provincia di Perugia e quella di Terni.
La situazione economica non particolarmente florida della regione è ulteriormente sottolineata dal dato sull'entità dei depositi bancari che ammontano a 16 milioni di lire pro-capite, al di sotto, dunque, della media nazionale di 17,6 milioni, e che scendono ulteriormente a 14,2 milioni per i residenti nella provincia di Terni.

3.11.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile, con riferimento a tutte le cause, presenta, in Umbria, valori inferiori a quelli medi italiani sia per i maschi (154,2 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti contro 176,1), che per le donne (67,9 contro 71,9) (tav. 3.11.3). Esiste, tuttavia, una certa variabilità a livello delle singole Aziende Usl.
Per i decessi maschili evitabili, dovuti a tutte le cause, la situazione migliore viene registrata nell'Azienda Usl di Terni con 143,6 decessi per 100.000 abitanti mentre la quota più elevata è in quella di Orvieto (175,8 per 100.000 abitanti). Per le donne, invece, i decessi evitabili oscillano dal minimo di 61,4 dell'Azienda Usl di Orvieto, al massimo di 76,0 di quella di Città di Castello.
Con riferimento alle diverse cause, sono, in particolare, i decessi maschili evitabili con misure di prevenzione primaria a risultare nella regione decisamente inferiori al numero medio registrato nel Paese: 99,2 per 100.000 abitanti contro i 117,0 della media nazionale.
Per quanto riguarda le singole Aziende Usl, il numero più basso di tali decessi si verifica nell'Azienda Usl di Città di Castello (95,2 morti di sesso maschile per 100.000 abitanti). Per le donne, il valore riferito a carenze nelle misure di prevenzione primaria, sebbene inferiore a quello medio nazionale, non si discosta molto da esso (28,4 contro30,8), ma ha un'ampia oscillazione dal minimo di 26,8 decessi evitabili femminili nell'Azienda Usl di Orvieto al numero più consistente dell'Azienda Usl di Città di Castello (34,4).
Anche per i decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia i dati umbri sono inferiori alle medie nazionali, ma in questo caso gli scostamenti sono molto più ridotti: 2,3 decessi maschili per 100.000 abitanti, contro il 2,5 nazionale, e 19,9 decessi per le donne contro i 21,9 (sempre per 100.000 abitanti) nazionali.
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 (52,7 a fronte di 56,6) e raggiunge il minimo nell'Azienda Usl di Foligno che registra 44,0 decessi maschili evitabili per 100.000 abitanti.
Risulta, invece, leggermente superiore per le donne (19,6 contro 19,2) con le sole due Aziende Usl di Foligno e di Terni che si collocano, rispettivamente con 16,2 e 18,8 decessi femminili evitabili per 100.000 abitanti, al di sotto della media regionale e nazionale.

3.11.4. Rete ospedaliera

Complessivamente, la dotazione di posti letto ospedalieri dell'Umbria ammonta a 4,8 per 1.000 abitanti e risulta, quindi, inferiore a quella media nazionale pari a 5,4 (tav. 3.11.4). La quota maggiore dei posti letto, 2,4 per 1.000 abitanti, è offerta dagli ospedali delle Aziende Usl, una quota che è, comunque, inferiore a quella media italiana di 2,7. Tale offerta appare inoltre concentrata nelle Aziende Usl di Foligno e di Città di Castello (entrambi con 4,9 posti letto per 1.000 abitanti), mentre è del tutto assente nell'Azienda Usl di Orvieto. I posti letto delle Aziende ospedaliere, 2 per 1000 abitanti, superano, invece, quelli registrati in media sull'intero territorio nazionale (1,6), mentre l'offerta di letti in Istituti privati accreditati è concentrata nella sola Azienda Usl di Perugia con 0,8 posti per 1.000 abitanti contro la media nazionale di 1,1.
L'analisi dell'articolazione dell'offerta per intensità di assistenza mette in luce che:
• per le specialità di base l'offerta, che a livello regionale è pari a 376,5 posti letto per 100.000 abitanti a fronte dei 371,2 medi in Italia, è molto più ampia nelle Aziende Usl di Città di Castello e di Foligno dove supera i 500 posti letto;
• per tutte le altre specialità, a media assistenza, ad alta assistenza e terapia intensiva e sub intensiva, l'offerta a livello regionale risulta inferiore a quella media nazionale;
• una situazione di particolare carenza si segnala per i posti letto in riabilitazione e lungodegenza, pari a 8,3 per 100.000 abitanti contro i 60,8 della media italiana, e con le Aziende Usl di Orvieto e di Città di Castello dove tale offerta è del tutto assente a fronte di un massimo di 13,8 posti nell'Azienda Usl di Foligno.
Anche il tasso di utilizzazione dei posti letto, a livello regionale è lievemente al di sotto di quello medio nazionale (del 71,3% contro il 74,8%), ma evidenzia una consistente disomogeneità con riferimento alle singole Aziende Usl; infatti, mentre le due Aziende Usl di Orvieto (82%) e di Terni (76,5%) si collocano al di sopra di tale media, le altre tre registrano tassi di utilizzazione inferiori, fino al minimo del 66% dell'Azienda Usl di Foligno.

3.11.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Aziende Usl

La disponibilità di medici in Umbria è superiore a quella media nazionale: 21,1 medici per 10.000 abitanti contro 16,3 con un'ampia variabilità fra le Aziende Usl che va dal minimo di 16,5 medici per 10.000 abitanti dell'Azienda Usl di Terni, con un rapporto comunque superiore a quello medio nazionale, per arrivare ai 30,8 medici, sempre per 10.000 abitanti, dell'Azienda Usl di Foligno (Tav. 3.11.5.).
Sempre a livello regionale, i medici dipendenti delle Aziende Usl sono 12,7 per 10.000 abitanti, quindi poco al di sopra della media nazionale (11,5), ma arrivano a quasi il doppio di tale media nell'Azienda Usl di Foligno con 22,3 medici per 10.000 abitanti. I medici delle Aziende ospedaliere sono presenti, invece, in una quota più ridotta, pari a 8,4, ma comunque nettamente superiore a quella media nazionale che in questo caso è di 4,7 medici per 10.000 abitanti. La disponibilità di infermieri risulta anch'essa superiore a quella media nel Paese, con l'offerta, a livello regionale, di 60,1 infermieri, sempre per 10.000 abitanti a fronte dei 51,4 registrati in Italia. L'Azienda Usl di Foligno e quella di Perugia rappresentano, ancora una volta, i due estremi dell'offerta: nella prima Azienda Usl sono presenti 85,7 infermieri per 10.000 abitanti e nella seconda appena 48,6. Con riferimento

all'azienda di appartenenza, si rileva, inoltre, che mentre la quota di infermieri appartenenti alle Aziende Usl è vicina, in Umbria, a quella media nazionale (37,8 e 37,3 per 10.000 abitanti), è più ampia rispetto al resto del Paese la disponibilità di infermieri dipendenti delle Aziende ospedaliere che, nella regione, è di 22,3 per 10.000 abitanti (contro14,1). L'indicatore relativo al numero di infermieri per medico, evidenzia che in Umbria tale rapporto è inferiore a quello registrato a livello nazionale (2,8 contro 3,2) e che non ci sono differenze significative fra le cinque Aziende Usl. Infine, con riferimento al numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl, esso risulta pari a 121,8 dipendenti per 10.000 abitanti nella regione, contro i 108,4 della media italiana, e arriva a quasi 170 nell'Azienda Usl di Foligno che si conferma come la più dotata di personale sanitario.

3.11.6. Medicina di base

Sia per quel che riguarda la medicina di base che per la pediatria, i dati della Tavola 3.11.6. mettono in luce che la copertura in quest'ambito è leggermente migliore in Umbria rispetto a quanto rilevato a livello nazionale. Nella regione sono, infatti, 1.026 gli abitanti per medico di base (contro i 1.034 della media italiana) e 1.065 i bambini in età pediatrica per medico pediatra (a fronte dei 1.261 registrati a livello nazionale). L'analisi dei dati relativi alle singole Aziende Usl permette inoltre di rilevare che nell'Azienda Usl di Terni è presente la migliore copertura sia per la medicina di base che per la pediatria, con, in entrambe i casi, meno di 1.000 assistibili per medico. La situazione peggiore è invece riscontrabile nell'Azienda Usl di Perugia per la medicina di base, con 1.042 abitanti per medico, e in quella di Orvieto per la pediatria, con oltre 2.000 bambini per pediatra. L'indicatore relativo al numero di ricette per assistito, indica un'attività prescrittiva nella regione solo lievemente superiore a quella media nazionale (5,4 contro 5,0 ricette per assistito), ma evidenzi anche uno scarto considerevole fra le Aziende Usl e, in particolare, fra quella di Orvieto, in cui il numero medio di ricette per assistito è 3,9 e Terni dove tale numero arriva a 5,9. Nella regione, infine, l'importo medio per ricetta risulta inferiore rispetto a quanto rilevato a livello nazionale (41.000 lire contro 43.900) con una sola Azienda Usl, quella di Orvieto, che con le sue 52.800 lire in media per ricetta, si discosta nettamente dagli importi registrati nelle altre Aziende Usl.

home

TAVOLA 3.11.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Città di Castello	111.361	157,9	10,9	8,4
Perugia	331.675	159,8	10,2	8,2
Foligno	166.598	182,9	11,6	6,9
Orvieto	41.899	217,2	13,4	7,5
Terni	179.283	189,6	11,4	7,3
Media regionale	830.815	172,9	11,0	7,7
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	20,4	2,7	4,8	13,2	65,9	20,9
Perugia	19,9	2,8	8,0	12,7	67,0	20,3
Foligno	20,5	2,7	3,6	12,5	64,6	22,9
Orvieto	19,5	2,6	3,8	11,4	63,7	24,9
Terni	17,7	2,6	3,1	11,6	66,5	22,0
Media regionale	19,6	2,7	5,4	12,4	66,1	21,5
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.11.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Perugia	4,7	14,2	8,6	46,7	31,2	16,6	13.627
Terni	5,4	13,9	8,5	39,9	26,8	14,2	13.695
Media regionale	4,9	14,1	8,6	44,8	30,0	16,0	13.645
Media nazionale	9,0	16,2	11,7	46,6	31,6	17,6	13.614

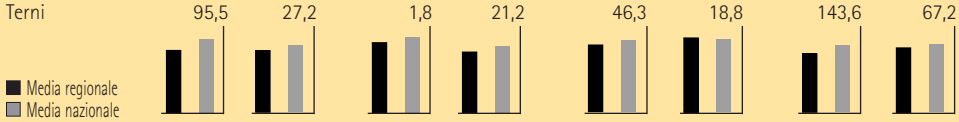
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.11.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	95,2	34,4	0,7	19,3	60,9	22,3	156,8	76,0
Perugia	97,2	27,5	2,1	20,5	55,8	21,0	155,1	69,0
Foligno	108,2	27,6	4,5	19,0	44,0	16,2	156,7	62,8
Orvieto	104,6	26,8	0,8	14,6	70,4	20,0	175,8	61,4
Terni	95,5	27,2	1,8	21,2	46,3	18,8	143,6	67,2



99,2 117,0 28,4 30,8 2,3 2,5 19,9 21,9 52,7 56,6 19,6 19,2 154,2 176,1 67,9 71,9

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

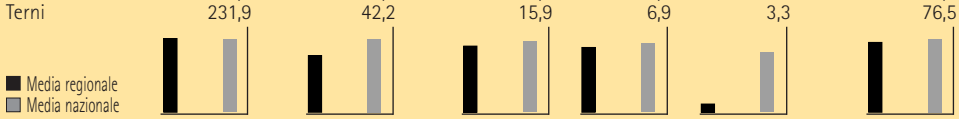
(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.11.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Città di Castello	4,9		-	6,8
Perugia	1,5		0,8	4,3
Foligno	4,9	2,0	-	6,9
Orvieto	-		-	2,0
Terni	1,0		-	3,0

2,4 2,8 2,0 1,6 0,3 1,1 4,8 5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Città di Castello	559,6	73,1	28,5	23,1	-	70,0
Perugia	344,7	45,3	21,6	6,9	12,0	74,0
Foligno	533,1	94,2	21,9	23,7	13,8	66,0
Orvieto	139,3	37,2	15,9	6,9	-	82,0
Terni	231,9	42,2	15,9	6,9	3,3	76,5



376,5 371,2 57,8 74,9 21,1 22,5 12,4 13,2 8,3 60,8 71,3 74,8

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.11.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Città di Castello	17,4		25,8	49,4		71,6	138,5	2,8
Perugia	8,4		16,9	26,4		48,6	101,6	2,9
Foligno	22,3	8,4	30,8	63,4	22,3	85,7	169,3	2,8
Orvieto	14,6		23,0	42,5		64,7	126,2	2,8
Terni	8,1		16,5	26,9		49,2	103,5	3,0
Media regionale	12,7	8,4	21,1	37,8	22,3	60,1	121,8	2,8
Media nazionale	11,5	4,7	16,3	37,3	14,1	51,4	108,4	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.11.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Città di Castello	1.039	1.132	5,7	41.500
Perugia	1.042	1.003	5,3	39.300
Foligno	1.026	1.098	5,2	40.900
Orvieto	1.003	2.397	3,9	52.800
Terni	997	989	5,9	41.600
Media regionale	1.026	1.065	5,4	41.000
Media nazionale	1.034	1.261	5,0	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.12. Marche

home

3.12.1. Contesto demografico

La regione Marche ha quasi 1.450.000 abitanti divisi, per l'assistenza sanitaria, in 13 Aziende Usl con una dimensione media, quindi, di oltre 110.000 residenti (tav. 3.12.1.). L'Azienda Usl più piccola è quella di Fabriano, che ha 44.527 abitanti, mentre la più popolosa è quella del capoluogo di regione che arriva a 234.327 residenti. La struttura per età della popolazione, mette in luce che la regione è caratterizzata, rispetto alle medie nazionali, da una prevalenza della popolazione anziana. I residenti al di sopra dei 64 anni sono infatti il 20,7% della popolazione, a fronte del già elevato 17,3% nazionale, con la punta del 26,6% nell'Azienda Usl di Camerino; per contro i bambini e i ragazzi fino a 14 anni rappresentano il 12,9% degli abitanti a livello regionale, un valore più basso del 14,6% italiano e che non presenta variazioni particolarmente significative nelle 13 Aziende Usl marchigiane. L'indice di vecchiaia, pertanto, risulta anch'esso più elevato di quello nazionale: 160,3 anziani oltre i 64 anni per 1.00 abitanti fino a 15 anni contro i 118,0 della media del Paese. Le due Aziende Usl più "anziane" sono quella di Camerino e quella di Fabriano dove il rapporto è di oltre 200 anziani per 100 bambini, ma in tutte le Aziende Usl della regione il rapporto rimane ampiamente favorevole agli anziani. Come conseguenza del prevalere della popolazione anziana, il tasso di mortalità si attesta a 10,6 morti per 1.000 abitanti, superiore a quello medio nazionale, e tocca il massimo di 14 nell'Azienda Usl di Camerino. Il tasso di natalità, per contro, è inferiore a quello medio del Paese (8,3 contro 9,4), con il minimo, nuovamente, nell'Azienda Usl di Fabriano (7,2 nati per 1.000 abitanti) e il massimo in quella di Civitanova Marche che con 8,9 nati per 1.000 abitanti, pur mantenendosi al di sotto dei livelli medi nazionali, rappresenta l'Azienda Usl più prolifica delle Marche. Inferiore alla media nazionale risulta anche il numero di bimbi di età inferiore a 5 anni rapportato a 100 donne in età feconda, 20,2 contro 22. La media nazionale di 22 bambini al di sotto dei 5 anni per 100 donne in età feconda, è superata solo dall'Azienda Usl di Ascoli Piceno (22,4) mentre il minimo della regione si rileva nell'Azienda Usl di Pesaro (18,3). Il numero medio di componenti la famiglia risulta uguale a quello nazionale, 2,7, senza variazioni di rilievo fra le singole Aziende Usl. Il tasso migratorio, un indicatore che evidenzia le Aziende Usl che attraggono nuovi abitanti e quelle caratterizzate, al contrario, da flussi in uscita, evidenzia che tutte le Aziende Usl delle Marche presentano un tasso positivo (pari a livello regionale, a 4,6 per 1.000, contro il più basso 2,2 nazionale) che raggiunge il suo massimo nell'Azienda Usl di Civitanova Marche (7,5 per 1.000 abitanti).

3.12.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione di relativo benessere economico della regione è evidenziata dall'insieme degli indicatori del contesto economico. Nelle Marche i tassi di disoc-

cupazione, sia quello complessivo (pari al 7,2 per 100) che quelli relativi alla popolazione maschile (4,2) e a quella femminile (11,6), si collocano significativamente al di sotto di quelli registrati a livello nazionale pari, rispettivamente all'11,7, al 9,0 e al 16,2 per 100 (tav.3.12.2.). Nella provincia di Ancona, in particolare, si registra la quota minima di disoccupati di sesso maschile con appena il 2,3 per 100, a livello, dunque, di quota frizionale. Per le donne, invece, la situazione migliore al riguardo è presente nella provincia di Ascoli Piceno con il 9,7 per 100 di disoccupate.
Il tasso di attività, ottenuto rapportando gli appartenenti alle forze lavoro alla popolazione di 15 anni e oltre, supera di poco meno di 2 punti percentuali il tasso medio nazionale del 46,6 per cento e varia dal 45,9 per cento di Ancona al 49,4 di Ascoli Piceno.
Anche il valore aggiunto pro-capite è leggermente superiore alla media italiana (32,7 milioni contro 31,6) con una certa oscillazione nelle 4 province dal minimo di 29,9 milioni di Ascoli Piceno agli oltre 37 di Ancona. I depositi bancari pro-capite sono, invece, nella media nazionale (17,8 milioni a fronte di 17,6) anche se a Pesaro si registra un ammontare più elevato, pari a oltre 21 milioni. Infine, l'imponibile medio per residente, che rappresenta un altro importante indicatore delle risorse economiche della popolazione, si discosta di misura da quello medio degli italiani uguale a 13,614 milioni pro-capite. È solo nel capoluogo di regione che il reddito sale a oltre 15 milioni in media per residente.

3.12.3. Mortalità evitabile

A livello regionale complessivo, il tasso standardizzato della mortalità evitabile presenta valori inferiori a quelli medi nazionali sia con riferimento ai decessi maschili (150,1 contro 176,1 per 100.000 abitanti) che a quelli femminili (59,9 contro 71,9, sempre per 100.000 abitanti) (tav.3.12.3.).
L'analisi della situazione nelle diverse Aziende Usl permette, inoltre, di fare emergere una certa variabilità del dato, con il primato positivo dell'Azienda Usl di Ancona per i decessi maschili evitabili (135,5 per 100.000 abitanti) e di Macerata che per quelli femminili (52,1), mentre il primato negativo è dell'Azienda Usl di Urbino per i decessi maschili (181,5) e di quella di Fermo per quelli femminili (66,4). Prendendo in considerazione le diverse cause di morti evitabili è possibile rilevare che:
• con riferimento alle morti evitabili con interventi di prevenzione primaria, i tassi della regione sono decisamente inferiori a quelli medi nazionali soprattutto per quanto riguarda i decessi maschili (101,3 contro 117,0 per 100.000 abitanti), uno scostamento più ridotto riguarda anche i decessi femminili (26,3 contro 30,8). Le Aziende Usl con la situazione migliore sono, inoltre, quella di Fermo per le morti evitabili maschili (88,7) e quella di Camerino per quelle femminili (19,1);
• per quanto riguarda i decessi dovuti alla carenza di diagnosi e di terapia precoce, i tassi regionali risultano di poco inferiori a quelli medi nazionali. Si deve a tale proposito sottolineare il primato positivo dell'Azienda Usl di Camerino in cui i decessi maschili sono del tutto assenti, a fronte dei 2,3 decessi per 100.000 abitanti della regione e dei 2,5 della media italiana, mentre per i decessi femminili la situazione migliore è presente nell'Azienda Usl di Urbino (15,2 contro i 20,3 regionali e i 21,9 nazionali);
• i decessi evitabili legati a carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, sono anch'essi inferiori a quelli medi italiani anche se nell'Azienda Usl di

Ascoli Piceno ed in quella di Urbino superano tali valori medi giungendo al massimo di 62,9 per 100.000 abitanti (contro i 46,5 regionali) nell'Azienda Usl di Ascoli Piceno. Per i decessi femminili, i tassi più alti sono quelli relativi alle due Aziende Usl di San Benedetto del Tronto e Ascoli Piceno (pari, rispettivamente, a 17,7e a 16,9 contro i 13,3 regionali e i 19,2 nazionali).

3.12.4. Rete ospedaliera

La disponibilità di posti letto, pubblici e privati, nelle Marche è superiore a quella media nazionale con 6,3 letti per 1.000 abitanti contro 5,4 (tav. 3.12.4.). L'offerta è particolarmente concentrata nell'ambito degli Ospedali delle Aziende Usl (4,1 posti letto per 1.000 abitanti), mentre le Aziende ospedaliere hanno una disponibilità di 1,3 posti letto, a fronte dell'1,6 nazionale, e gli Istituti privati accreditati offrono solo l'1,0 (contro l'1,1 nazionale). La disponibilità maggiore della totalità dei posti letto, è presente nell'Azienda Usl di Camerino con 11,8 posti letto per 1.000 abitanti offerti per la gran parte dagli Ospedali delle Usl (10,5) e il resto (1,3) dalle Aziende ospedaliere regionali, mentre sono assenti in questa azienda gli istituti privati accreditati. L'Azienda Usl di Pesaro è, invece, la più carente, con soli complessivi 2,1 posti letto per 1.000 abitanti.
L'articolazione dell'offerta per intensità di assistenza, evidenzia una situazione piuttosto differenziata con una disponibilità di posti letto superiore a quella media nazionale per le specialità di base, per quelle a media assistenza e, anche se in misura estremamente ridotta, per la terapia intensiva e sub intensiva. Al contrario, nel caso dei posti letto per le specialità ad alta assistenza e per la riabilitazione e lungodegenza, i dati regionali si attestano su valori inferiori a quelli della media del Paese: 19,2 posti letto per la prima e 43,2 per la seconda a fronte, rispettivamente, dei 22,5 e dei 60,8 per 100.000 abitanti presenti in media in Italia.
Il tasso di utilizzazione dei posti letto è sostanzialmente in linea con quello nazionale; é, infatti, pari al 74,6% di contro al 74,8%. Risulta tuttavia superiore all'80% per quattro delle Aziende Usl Marchigiane – Pesaro, Senigallia, Civitanova Marche e Jesi – mentre il tasso più basso è quello dell'Azienda Usl di Camerino che non arriva al 65%.

3.12.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl

I dati che descrivono la dotazione del personale, medici e infermieri dipendenti del Ssn, rapportati alla popolazione residente mettono in luce la situazione di vantaggio della regione Marche su tutti gli indicatori presi in esame (tav. 3.12.5). Con riferimento al numero di medici per abitanti, il dato regionale è, anche se di misura, superiore a quello della media italiana con 16,5 medici per 10.000 abitanti (contro 16,3) che arriva al massimo di 22,3 nell'Azienda Usl di Fabriano.
I medici dipendenti delle Aziende Usl sono 12,4 per 10.000 abitanti con una disponibilità molto maggiore nelle Aziende Usl di Fabriano e di Urbino dove sono presenti più di 18 medici per 10.000 abitanti. I medici dipendenti delle Aziende ospedaliere sono, invece, in numero minore (4,1) e inferiore alla media nazionale pari a 4,7, sempre per 10.000 abitanti.
Anche gli infermieri sono presenti in numero superiore ai valori medi registrati in Italia: sono 55,7 contro 51,4. Il rapporto infermieri per medico nelle Marche è di 3,4 (contro 3,2) ed arriva fino a 4 infermieri per medico nell'Azienda Usl di

home

Pesaro. La quota maggiore di questi infermieri è dipendente delle Aziende Usl (43,5) mentre sono 12,2 per 10.000 abitanti quelli dipendenti dalle Aziende ospedaliere.
Il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl, risulta, infine, pari a 112,1 per 10.000 abitanti a fronte dei 108,4 nazionali, con la punta massima (161,6) nell'Azienda Usl di Camerino.

3.12.6. Medicina di base

Con riferimento alla presenza sul territorio di medici di primo contatto rappresentati dai medici di famiglia, le Marche presentano una copertura della popolazione inferiore, anche se di poco, a quella registrata sul territorio nazionale con 1 medico per 1.046 adulti residenti (tav. 3.12.6.). Le due situazioni estreme sono quella dell'Azienda Usl di Pesaro, dove la copertura è più fitta ed è presente un medico per meno di 1.000 abitanti, e quella dell'Azienda Usl di Urbino dove il rapporto diventa di 1 medico per oltre 1.300 abitanti. La situazione relativa alla pediatria di base risulta invece leggermente migliore che nel resto del Paese; ogni pediatra, infatti, assiste nella regione 1.129 bambini fino a 15 anni (contro i 1.261 della media nazionale) anche se la quota arriva a 3.460 nell'Azienda Usl di Urbino che è la più carente al riguardo. L'attività prescrittiva dei medici è di 5,4 ricette in media per assistito, contro le 5,0 nazionali, con un importo medio, a livello regionale, di 39.400 lire in media per ricetta, 4.500 lire in meno della media del Paese, ma con ampie oscillazioni dal minimo di 33.000 lire dell'Azienda Usl di Senigallia, al massimo di 46.000 lire di quella di Ascoli Piceno.

home

TAVOLA 3.12.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Pesaro	135.742	153,9	9,8	8,7
Urbino	79.641	171,3	11,6	7,7
Fano	125.068	160,0	10,3	7,9
Senigallia	74.401	177,2	11,1	7,8
Jesi	101.091	171,1	11,1	8,1
Fabriano	44.527	212,5	12,5	7,2
Ancona	234.327	161,7	10,1	8,8
Civitanova Marche	108.187	136,9	9,5	8,9
Macerata	130.141	176,6	11,6	8,1
Camerino	48.520	229,9	14,0	7,3
Fermo	152.629	150,0	10,6	8,2
S. Benedetto d/T	97.187	131,3	9,5	8,4
Ascoli Piceno	117.785	140,9	10,1	8,4
Media regionale	1.449243	160,3	10,6	8,3
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	18,3	2,7	5,5	12,4	68,6	19,1
Urbino	21,4	2,7	4,9	13,0	64,6	22,3
Fano	20,7	2,6	3,2	13,2	65,8	21,0
Senigallia	19,8	2,7	6,1	12,5	65,3	22,2
Jesi	19,7	2,8	5,4	12,7	65,6	21,7
Fabriano	18,5	2,7	4,2	11,7	63,3	25,0
Ancona	18,7	2,6	2,6	12,4	67,4	20,1
Civitanova Marche	21,2	2,9	7,5	13,8	67,3	18,9
Macerata	20,5	2,8	5,9	12,5	65,5	22,0
Camerino	20,3	2,5	4,8	11,6	61,8	26,6
Fermo	20,5	2,9	6,2	13,3	66,8	19,9
S. Benedetto d/T	21,4	2,9	3,8	14,0	67,7	18,3
Ascoli Piceno	22,4	2,8	1,8	14,1	66,0	19,9
Media regionale	20,2	2,7	4,6	12,9	66,3	20,7
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

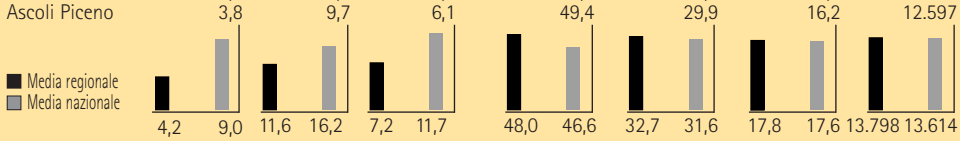
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.12.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Pesaro	6,8	12,9	9,3	49,3	30,2	21,1	13.497
Ancona	2,3	12,3	6,4	45,9	37,3	17,3	15.340
Macerata	4,6	11,2	7,3	48,1	32,2	17,0	13.339
Ascoli Piceno	3,8	9,7	6,1	49,4	29,9	16,2	12.597

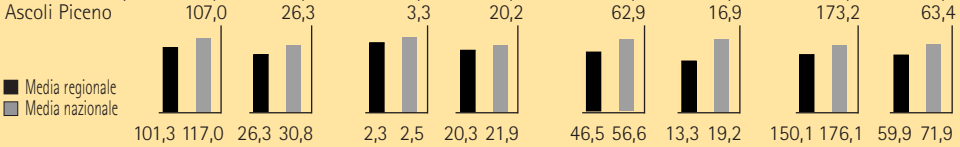


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.12.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	110,3	26,8	2,7	16,4	43,0	15,2	156,0	58,4
Urbino	119,7	29,1	3,2	15,2	58,6	15,4	181,5	59,7
Fano	101,4	26,8	2,1	21,3	46,7	10,8	150,2	58,9
Senigallia	121,1	22,4	1,5	28,0	51,4	13,9	174,0	64,3
Jesi	103,9	21,0	2,6	21,5	48,9	11,5	155,4	54,0
Fabriano	117,4	30,8	2,8	20,6	45,6	10,6	165,8	62,0
Ancona	91,9	25,8	2,8	22,7	40,8	12,9	135,5	61,4
Civitanova Marche	104,0	30,3	1,5	15,4	40,8	12,7	146,3	58,4
Macerata	92,7	21,9	1,3	19,6	41,8	10,6	135,8	52,1
Camerino	109,6	19,1	-	26,2	36,6	14,9	146,2	60,2
Fermo	88,7	34,7	1,4	20,5	49,0	11,2	139,1	66,4
S. Benedetto d/T	90,6	22,9	2,9	19,7	43,9	17,7	137,4	60,3
Ascoli Piceno	107,0	26,3	3,3	20,2	62,9	16,9	173,2	63,4



Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.12.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Pesaro	0,8		-	2,1
Urbino	7,0		-	8,3
Fano	5,4		-	6,7
Senigallia	5,1		0,8	7,3
Jesi	4,6		2,2	8,1
Fabriano	4,4		-	5,7
Ancona	1,2	1,3	0,9	3,4
Civitanova Marche	3,0		1,7	6,0
Macerata	6,3		2,2	9,9
Camerino	10,5		-	11,8
Fermo	4,1		0,5	5,9
S. Benedetto d/T	3,8		1,8	6,9
Ascoli Piceno	4,8		1,4	7,5
Media regionale	4,1	1,3	1,0	6,3
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Pesaro	148,5	34,1	9,1	6,7	9,2	82,6
Urbino	723,6	52,9	11,6	20,5	21,8	73,3
Fano	558,8	62,1	21,1	11,5	18,0	78,3
Senigallia	477,8	169,8	21,2	20,1	36,1	81,3
Jesi	519,0	146,8	35,8	19,6	90,3	80,5
Fabriano	447,0	63,3	9,1	6,7	42,9	74,6
Ancona	243,0	40,1	9,1	6,7	44,2	75,6
Civitanova Marche	376,0	107,1	9,1	8,5	100,7	80,9
Macerata	794,2	107,1	32,9	16,7	36,1	67,7
Camerino	1032,3	104,2	9,1	27,3	9,2	63,5
Fermo	453,9	74,1	28,1	14,6	21,6	78,1
S. Benedetto d/T	546,3	97,9	11,2	19,0	19,5	69,2
Ascoli Piceno	503,2	95,2	35,4	17,7	102,6	72,4
Media regionale	474,9	82,0	19,2	13,7	43,2	74,6
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

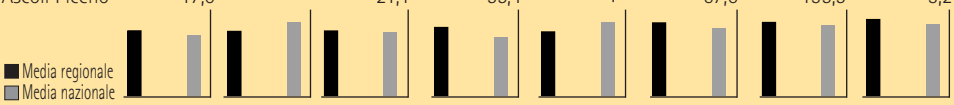
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.12.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Pesaro	4,0		8,1	20,6		32,8	66,8	4,0
Urbino	18,1		22,2	58,4		70,6	136,3	3,2
Fano	13,8		18,0	49,0		61,2	119,4	3,4
Senigallia	15,9		20,0	60,2		72,4	142,1	3,6
Jesi	14,9		19,1	50,4		62,7	123,2	3,3
Fabriano	18,2		22,3	53,7		65,9	137,0	3,0
Ancona	5,5		9,7	22,7		35,0	77,5	3,6
Civitanova Marche	13,3	4,1	17,5	35,3	12,2	47,5	101,1	2,7
Macerata	16,1		20,2	62,6		74,8	145,0	3,7
Camerino	17,3		21,5	66,4		78,6	161,6	3,7
Fermo	11,3		15,4	44,4		56,6	109,2	3,7
S. Benedetto d/T	13,5		17,6	38,0		50,2	103,0	2,8
Ascoli Piceno	17,0		21,1	55,4		67,6	135,5	3,2



12,4 11,5 4,1 4,7 16,5 16,3 43,5 37,3 12,2 14,1 55,7 51,4 112,1 108,4 3,4 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.12.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Pesaro	999	989	5,2	39.500
Urbino	1.332	3.460	5,4	36.700
Fano	1.035	1.175	5,2	37.900
Senigallia	1.050	1.034	5,7	33.000
Jesi	1.026	1.166	5,7	38.800
Fabriano	1.062	1.046	5,2	43.500
Ancona	1.036	941	5,6	42.200
Civitanova Marche	1.048	1.149	5,2	37.300
Macerata	1.055	1.249	5,4	34.100
Camerino	1.021	1.874	5,7	45.700
Fermo	1.034	1.125	5,4	37.500
S. Benedetto d/T	1.045	1.044	5,0	42.600
Ascoli Piceno	1.012	1.039	5,3	46.000

1.046 1.034 1.129 1.261 5,4 5,0 39.400 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.13. Lazio

home

3.13.1. Contesto demografico

Il Lazio ha una popolazione di oltre 5.200.000 abitanti ripartiti in 12 Aziende Usl, 8 delle quali sono del capoluogo di regione e della sua provincia mentre le altre 4 coincidono con il territorio delle 4 province (tav. 3.13.1.). La dimensione media di queste Aziende Usl è di quasi 436.000 residenti con quella di Rieti che è la più piccola (150.634 abitanti) mentre la più popolosa è la Roma B (590.559 residenti).
La struttura per età della popolazione appare sostanzialmente in linea con quella registrata a livello nazionale (con il 14,2 per cento di bambini e ragazzi fino a 14 anni sul totale e 16,3 per cento di anziani sopra i 64 anni a fronte, rispettivamente, dei 14,6 e del 17,3 delle medie nazionali). L'Azienda Usl con la quota maggiore di giovani è quella di Latina (17,4) mentre quella con più anziani, 22,5 per 100, è quella di Rieti.
L'indice di vecchiaia risulta, seppure lievemente, inferiore a quello medio nazionale: sono 114,4 gli anziani oltre i 64 anni per 100 abitanti fino a 15 anni, ma esiste una certa variabilità da un'Azienda Usl all'altra. La più anziana è quella di Rieti (161,2), mentre in ben quattro Aziende Usl, la F, la G e la H di Roma e quella di Latina, l'indice è al di sotto di 100 anziani per 100 ragazzi e bambini con meno di 15 anni ed è, pertanto, favorevole a questi ultimi. Anche il tasso di mortalità è leggermente inferiore a quello medio del Paese (9,3 per 1.000 residenti contro 9,8) e arriva al minimo regionale nelle Aziende Usl Roma H (7,6). Il tasso di natalità è pari, a livello regionale, a 9 per 1.000 abitanti, a fronte del 9,4 nazionale, e supera il tasso di mortalità solo nelle Aziende Usl F, G e H di Roma e in quella di Latina. Il numero medio di bimbi con meno di 5 anni rapportato a 100 donne in età feconda, è inferiore a quello medio nazionale (21 contro 22), ma evidenzia una consistente variazione dal minimo di 18,2 delle prime cinque Aziende Usl romane, al massimo di 25,2 di Frosinone. Anche il numero medio di componenti la famiglia non si discosta da quello medio nazionale e presenta piccole oscillazioni dai 2,3 componenti nell'Azienda Usl Roma F, a fronte dei 2,6 della media regionale e dei 2,7 di quella nazionale, ai 2,8 componenti in media delle famiglie residenti nelle Aziende Usl Roma G e H e in quelle di Latina e di Frosinone. Il tasso migratorio, infine, indica l'esistenza di flussi in entrata in tutte le 12 Aziende Usl del Lazio con il picco positivo dell'Azienda Usl di Roma F (10,7 per 1.000 abitanti contro il 5,2 regionale e il 2,2 nazionale).

3.13.2. Contesto economico (provinciale)

I tassi di disoccupazione nel Lazio sono in linea con quelli medi nazionali sia con riferimento al tasso complessivo, dell'11,9 per 100 contro l'11,7, che a quelli maschili e femminili (pari, rispettivamente al 9,1 e al 16,4 per 100 a fronte del 9,0 e del 16,2 nazionale) (tav. 3.13.2.). Anche il tasso di attività si discosta in misura minima da

quello nazionale (pari al 46,6%) e si attesta, nel Lazio, al 46,8% con variazioni che oscillano dal minimo del 43,7% della provincia di Frosinone al massimo del 48,3% di quella di Latina. Gli ulteriori indicatori delle risorse economiche della popolazione rappresentati dal valore aggiunto pro-capite, dall'imponibile medio per residente e dai depositi bancari pro-capite si posizionano, a livello regionale, tutti al di sopra, anche se in misura diversa, ai valori medi italiani. Tuttavia, il valore aggiunto pro-capite raggiunge la cifra più elevata nella provincia di Roma, dove è pari a 38,6 milioni di lire contro la media regionale di 35,2 milioni e quella nazionale di 31,6 milioni, mentre si attesta su cifre decisamente inferiori nelle altre province.
Allo stesso modo, anche i depositi bancari superano i 21 milioni di lire pro-capite solo nel capoluogo di regione mentre si collocano ben al di sotto delle medie regionali e nazionali nelle altre quattro province e raggiungono il minimo di 10,6 milioni di lire nella provincia di Latina. Infine, l'imponibile medio per residente, pari nel Lazio a 14.952 milioni di lire contro i 13.614 della media nazionale, scende al di sotto dei 10 milioni nelle Aziende Usl di Rieti, di Latina e di Frosinone e arriva a quasi 17 milioni per residente nella provincia di Roma.

3.13.3. Mortalità evitabile

A livello complessivo, il tasso standardizzato della mortalità evitabile presenta, nel Lazio, valori inferiori a quelli medi nazionali con riferimento ai decessi maschili (166,7 contro 176,1 per 100.000 abitanti) e leggermente superiori per quel che concerne quelli femminili (72,2 contro 71,9, sempre per 100.000 abitanti). L'analisi della situazione nelle diverse Aziende Usl permette tuttavia di evidenziare una certa variabilità al riguardo, con il primato positivo dell'Azienda Usl di Rieti sia per i decessi maschili evitabili (152,7 per 100.000 abitanti) che per quelli femminili (60,7), mentre la situazione peggiore è presente nell'Azienda Usl Roma F per i decessi maschili (169,6) e in quelle dell'area romana (Roma A, B, C, D ed E) per quelli femminili (77,3).
Prendendo in considerazione le diverse cause di morti evitabili è possibile rilevare che:
• con riferimento alle morti evitabili con interventi di prevenzione primaria, i tassi della regione sono decisamente inferiori a quelli medi nazionali con riferimento ai decessi maschili (104,7 contro 117,0 per 100.000 abitanti), e sostanzialmente in linea con la media italiana per quelli femminili (31,1 contro 30,8). L'Azienda Usl con la situazione migliore è quella di Rieti per le morti evitabili maschili e quella di Frosinone per quelle femminili;
• per quanto riguarda i decessi dovuti alla carenza di diagnosi e di terapia precoce, i tassi regionali sono anche in questo caso molto vicini a quelli medi nazionali. Si deve a tale proposito nuovamente sottolineare la situazione migliore dell'Azienda Usl di Rieti, in cui i decessi maschili sono pari a 0,9 a fronte dei 2,6 decessi per 100.000 abitanti della regione e dei 2,5 della media italiana, e dell'Azienda Usl Roma F per i decessi femminili (17,1 contro i 21,4 regionali e i 21,9 nazionali);
• i decessi evitabili legate a carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, sono invece superiori a quelli medi italiani per quanto riguarda gli uomini, 59,4 contro 56,6, e sostanzialmente uguali alla media nazionale (19,2) e 19,7 per 100.000 abitanti media regionale per le donne. A livello delle singole Aziende Usl si va dal minimo di 51,8 decessi maschili evitabili dell'Azienda Usl Roma H al massimo di 61,6 dell'Azienda Usl romane. Per i decessi femminili, il numero varia da quello più contenuto dell'Azienda Usl di Rieti (13,5 per 100.000 abitanti) ai 21,5 della Usl Roma G.

3.13.4. Rete ospedaliera

Complessivamente, la dotazione di posti letto ospedalieri del Lazio ammonta a 6,7 per 1.000 abitanti e risulta, quindi, superiore a quella media nazionale pari a 5,4 (tav. 3.13.4). La quota maggiore dei posti letto, 2,5 per 1.000 abitanti, è offerta dagli ospedali delle Aziende Usl, una quota che è, comunque, inferiore a quella media italiana di 2,8. Tale offerta appare inoltre concentrata nelle Aziende Usl di Rieti e di Frosinone (rispettivamente, 4,7 e 4,0), mentre è appena di 0,8 posti letto per 1.000 abitanti nell'Azienda Usl Roma B. I posti letto delle Aziende ospedaliere, 1,9 per 1.000 abitanti, superano di misura quelli registrati in media sull'intero territorio nazionale (1,6), mentre appare rilevante e decisamente superiore alla media nazionale l'offerta di letti in Istituti privati accreditati che è pari a 2,3 contro la media nazionale di 1,1 e risulta particolarmente concentrata nell'Azienda Usl Roma H, nella Roma E e in quella di Viterbo (con, rispettivamente, 4,8, 4,0 e 3,2 posti letto per 1.000 abitanti). L'analisi dell'articolazione dell'offerta per intensità di assistenza mette in luce che:

- per le specialità di base l'offerta, che a livello regionale è pari 387,3 posti letto per 100.000 abitanti a fronte dei 371,2 medi in Italia, raggiunge il suo massimo nell'Azienda Usl di Rieti con 570,2 posti letto, sempre per 100.000 abitanti;
- per le specialità a media assistenza, il valore regionale è inferiore a quello nazionale (72,0 contro 74,9), ma raggiunge un picco positivo di 160,2 posti letto per 100.000 abitanti nell'Azienda Usl di Viterbo;
- per le specialità ad elevata assistenza e per la terapia intensiva e sub intensiva, la disponibilità di posti letto si colloca su valori o leggermente superiori o sostanzialmente in linea a quelli medi nazionali pari, rispettivamente, a 22,5 e a 13,2 posti letto per 100.000 abitanti;
- una situazione di elevata disponibilità si segnala per i posti letto in riabilitazione e lungodegenza, pari a 170,3 per 100.000 abitanti contro i 60,8 della media italiana, con l'Azienda Usl Roma H dove si arriva a oltre 400 posti letto per 100.000 abitanti.

Il tasso di utilizzazione dei posti letto, a livello regionale è al di sopra di quello medio nazionale (dell'82,1% contro il 74,8%), ma evidenzia una certa disomogeneità con riferimento alle singole Aziende Usl e varia dal 74,8% dell'Azienda Usl di Rieti all'88,6% della Roma H.

3.13.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Il Lazio si colloca al di sotto dei valori medi nazionali per tutti gli indicatori dell'offerta di personale sanitario qui presi in esame (tav. 3.13.6.). La disponibilità di medici è pari a 14,6 medici per 10.000 abitanti contro 16,3, con un'ampia variabilità fra le Aziende Usl che va dal minimo di 9,2 medici per 10.000 abitanti dell'Azienda Usl Roma D, per arrivare ai 20,5 medici, sempre per 10.000 abitanti, dell'Azienda Usl di Rieti.

Sempre a livello regionale, i medici delle Aziende Usl sono 11,1 per 10.000 abitanti, quindi poco meno numerosi rispetto alla media nazionale (11,5), e arrivano alla punta massima di 17,1 sempre nell'Azienda Usl di Rieti. I medici delle Aziende ospedaliere sono presenti con un rapporto di 3,5 per 10.000 abitanti e, dunque, risultano anch'essi al di sotto della quota media nazionale di 4,7 medici per 10.000 abitanti.

Anche la disponibilità di infermieri è inferiore a quella media nel Paese, e pari a 41,5 infermieri per 10.000 abitanti a fronte del dato italiano di 51,4. Con riferimento all'azienda di appartenenza, si rileva, inoltre, che la quota di infermieri appartenenti alle Aziende Usl è uguale a 32,3 contro i 37,3 della media nazionale e la disponibilità di

infermieri dipendenti delle Aziende ospedaliere è, nella regione, di soli 9,2 infermieri per 10.000 abitanti a fronte dei 14,1 nazionali. Nella regione il numero complessivo di dipendenti delle Aziende Usl si situa, di conseguenza, sempre su livelli inferiori a quelli medi del Paese (91,7 contro 108,4), ma li supera, in misura più o meno ampia, nelle Aziende Usl di Frosinone, nella Roma H, in quella di Viterbo, di Rieti e nella Roma A. Infine, l'indicatore relativo al numero di infermieri per medico, evidenzia che tale rapporto è leggermente inferiore a quello registrato a livello nazionale (2,9 contro 3,2), ma anche che sono presenti differenze significative fra le Aziende Usl del Lazio che vanno da un rapporto minimo di 2,2 infermieri per medico dell'Azienda Usl Roma B, per arrivare a quasi 4 infermieri per medico nell'Azienda Usl Roma A.

3.13.6. Medicina di base

Sia per quel che riguarda la medicina di base che per la pediatria, i dati della Tavola 3.13.6. mettono in luce che la copertura in quest'ambito è migliore nel Lazio rispetto a quanto rilevato a livello nazionale. Nella regione sono, infatti, 923 gli abitanti adulti per medico di base (contro i 1.034 della media italiana) e 1.044 i bambini in età pediatrica per medico pediatra (a fronte dei 1.261 registrati a livello nazionale).
L'analisi dei dati relativi alle singole Aziende Usl permette inoltre di rilevare che nelle Aziende Usl Roma A e Roma C è presente la migliore copertura per la medicina di base con, in entrambe i casi, meno di 750 residenti per medico, mentre nella Roma B si registra la situazione migliore con riferimento alla pediatria di base (poco più di 700 bambini per pediatra). La situazione peggiore per la pediatria è invece riscontrabile nell'Azienda Usl di Frosinone con oltre 1.500 bambini per pediatra. Il dato relativo al numero di ricette per assistito, indica un'attività prescrittiva nella regione lievemente inferiore a quella media nazionale (4,8 contro 5,0 ricette per assistito), ma evidenzia anche uno scarto considerevole fra le Aziende Usl e, in particolare, fra la Roma D, in cui il numero medio di ricette per assistito è di appena 1,1 e la Roma A dove tale numero arriva a 6,6. Nella regione, infine, l'importo medio per ricetta risulta sostanzialmente in linea con quello rilevato a livello nazionale (44.100 lire contro 43.900) con la sola Azienda Usl Roma D che, con le sue 57.100 lire in media per ricetta, si discosta nettamente dagli importi registrati nelle altre Aziende Usl.

home

TAVOLA 3.13.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Roma / A	472.042			
Roma / B	590.559			
Roma / C	528.615	135,9	9,8	8,5
Roma / D	578.116			
Roma / E	529.749			
Roma / F	238.253	91,0	8,0	10,5
Roma / G	404.597	90,4	8,5	10,3
Roma / H	450.399	76,4	7,6	10,4
Viterbo	290.935	144,0	10,8	7,9
Rieti	150.634	161,2	11,8	8,3
Latina	504.551	79,1	7,8	9,8
Frosinone	491.490	103,7	9,8	8,9
Media regionale	5.229.939	114,4	9,3	9,0
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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						
Roma / B						
Roma / C	18,2	2,6	4,5	12,3	71,0	16,7
Roma / D						
Roma / E						
Roma / F	22,8	2,3	10,7	15,7	70,0	14,3
Roma / G	23,9	2,8	7,4	16,4	68,8	14,8
Roma / H	23,2	2,8	9,6	16,7	70,6	12,7
Viterbo	22,3	2,6	5,2	14,0	65,8	20,2
Rieti	23,5	2,5	2,1	14,0	63,5	22,5
Latina	24,5	2,8	3,1	17,4	68,8	13,8
Frosinone	25,2	2,8	3,7	17,0	65,4	17,6
Media regionale	21,0	2,6	5,2	14,2	69,5	16,3
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

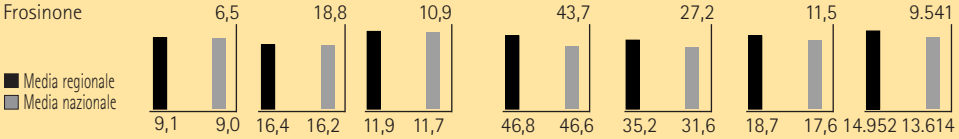
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.13.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Viterbo	10,6	23,6	15,2	47,8	25,0	14,3	10.362
Rieti	5,9	14,4	8,9	44,2	23,1	12,6	9.963
Roma	9,4	15,2	11,6	47,0	38,6	21,3	16.954
Latina	9,7	20,7	13,4	48,3	26,8	10,6	9.240
Frosinone	6,5	18,8	10,9	43,7	27,2	11,5	9.541

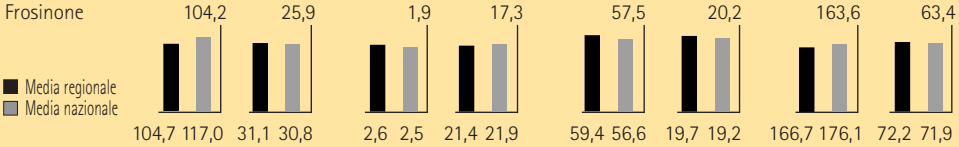


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.13.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	102,8	33,6	2,6	23,3	61,6	20,4	167,0	77,3
Roma / D								
Roma / E								
Roma / F	108,3	26,2	2,7	17,1	58,6	17,7	169,6	61,0
Roma / G	105,4	26,7	3,7	18,5	58,0	21,5	167,1	66,7
Roma / H	105,0	29,5	3,1	19,1	51,8	16,6	159,9	65,2
Viterbo	99,9	28,6	2,6	20,6	56,8	17,9	159,3	67,1
Rieti	92,9	28,9	0,9	18,3	58,9	13,5	152,7	60,7
Latina	107,4	27,1	2,2	20,3	54,9	18,4	164,5	65,8
Frosinone	104,2	25,9	1,9	17,3	57,5	20,2	163,6	63,4



Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.13.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Roma / A	1,7		1,8	5,3
Roma / B	0,9		1,4	4,2
Roma / C	2,2		1,5	5,5
Roma / D	1,6		2,9	6,3
Roma / E	2,9		4,0	8,8
Roma / F	1,5	1,9	1,1	4,4
Roma / G	2,6		2,5	6,9
Roma / H	3,5		4,8	10,1
Viterbo	3,4		3,2	8,5
Rieti	4,7		-	6,6
Latina	2,9		2,2	6,9
Frosinone	4,0		1,1	7,0
Media regionale	2,5	1,9	2,3	6,7
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Roma / A	320,3	65,4	19,8	12,9	110,6	82,4
Roma / B	232,0	59,4	21,6	12,1	89,9	88,1
Roma / C	397,8	62,8	37,1	17,3	36,2	76,1
Roma / D	260,2	65,7	18,0	11,3	279,0	86,0
Roma / E	505,0	66,3	22,7	19,0	266,7	80,7
Roma / F	275,5	43,4	20,4	8,5	96,8	79,7
Roma / G	342,0	62,8	23,2	10,7	249,7	85,8
Roma / H	465,6	86,7	24,5	17,4	418,3	88,6
Viterbo	460,8	160,2	26,6	12,9	188,4	78,0
Rieti	570,2	48,7	17,0	14,0	8,7	74,8
Latina	476,0	83,5	31,9	13,3	84,1	81,7
Frosinone	478,9	68,4	31,2	10,5	108,0	75,2
Media regionale	387,3	72,0	25,1	13,6	170,3	82,1
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.13.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Roma / A	13,4		16,8	55,4		64,6	138,0	3,8
Roma / B	8,0		11,5	16,0		25,2	58,4	2,2
Roma / C	11,0		14,4	31,0		40,2	85,9	2,8
Roma / D	5,7		9,2	15,3		24,5	56,1	2,7
Roma / E	9,7		13,1	21,4		30,6	73,7	2,3
Roma / F	8,4		11,8	23,8		32,9	76,2	2,8
Roma / G	11,4	3,5	14,9	36,5	9,2	45,7	100,8	3,1
Roma / H	11,8		15,3	42,4		51,5	109,6	3,4
Viterbo	14,8		18,3	42,0		51,2	113,4	2,8
Rieti	17,1		20,5	50,1		59,3	127,1	2,9
Latina	13,6		17,0	35,7		44,9	97,7	2,6
Frosinone	14,4		17,9	39,7		48,9	109,0	2,7

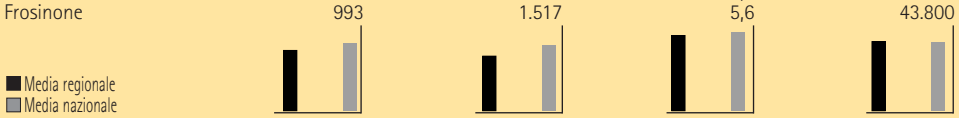
11,1 11,5 3,5 4,7 14,6 16,3 32,3 37,3 9,2 14,1 41,5 51,4 91,7 108,4 2,9 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.13.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Roma / A	705	880	6,6	45.600
Roma / B	856	720	5,4	47.800
Roma / C	731	943	5,7	41.500
Roma / D	1.050	962	1,1	57.100
Roma / E	962	776	4,7	44.200
Roma / F	1.041	1.068	5,6	42.100
Roma / G	1.088	1.354	1,6	46.200
Roma / H	1.009	1.121	5,9	41.700
Viterbo	1.078	1.316	5,5	40.100
Rieti	967	1.109	5,7	43.900
Latina	1.009	1.395	5,9	43.200
Frosinone	993	1.517	5,6	43.800



923 1.034 1.044 1.261 4,8 5,0 44.100 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.14. Abruzzo

home

3.14.1. Contesto demografico

L'Abruzzo ha 1.274.852 residenti (dati Istat, 1997) (tav. 3.14.1.). La popolazione è ripartita in 6 Usl con una dimensione media di 212.475 residenti. La più grande è quella di Pescara, con 292.840 abitanti, seguita da Teramo, con 288.259 residenti e da Lanciano con 213.132. La più piccola è la Usl di L'Aquila con 102.604 abitanti.
A livello regionale l'indice di vecchiaia della popolazione ha un valore lievemente superiore (124,6 per 100) rispetto alla media nazionale di 118. Le 6 Usl abruzzesi sono caratterizzate da indici che oscillano dal valore di quella di Teramo, che con 113,2 anziani per 100 bambini è la Usl che presenta una minore incidenza di anziani in rapporto alla popolazione fino a 14 anni, a quello de L'Aquila che è il più elevato (146,5).
Il tasso di mortalità regionale, pari a 10,2 per mille abitanti, non si discosta significativamente da quello medio nazionale (9,8) e varia dal minimo dell'Azienda Usl di Teramo (9,6 per 1000) ai tassi del 10,8 per 1.000 abitanti di Avezzano e Lanciano.
La situazione di declino demografico della regione abruzzese è messa in luce anche dai dati sul tasso di natalità che è inferiore a quello nazionale (9,4) sia a livello regionale (8,9) che in 4 delle 6 Usl. Sono solo le Usl di Pescara e Teramo che si allineano ai valori della media italiana.
Il numero di bambini con meno di cinque anni per 100 donne in età feconda è pari, a livello regionale, a 22,2, sostanzialmente equivalente a quello italiano che è superato di misura solo nelle Usl di Avezzano e di Teramo (23,2).
Anche la dimensione media dei nuclei familiari in Abruzzo è pressoché identica alla media nazionale, 2,8 componenti per nucleo a livello regionale e senza significative variazioni fra le diverse Usl.
I dati che descrivono la struttura per età della popolazione indicano che l'Azienda Usl di Teramo è la più "giovane" della regione con il 15,6% di ragazzi fino a 14 anni, contro il 14,6% della media nazionale, e con il 17,6% di anziani sopra i 64 anni a fronte del più elevato valore medio regionale (18,8).
Dai dati sui saldi migratori emerge, infine, che tutte le Aziende Usl abruzzesi sono caratterizzate da flussi in entrata con l'Azienda Usl di Teramo che attrae più abitanti (saldo migratorio pari a 5,2 per 1.000 contro il 3,1 regionale e il 2,2 nazionale).

3.14.2. Contesto economico (provinciale)

I diversi indicatori del contesto economico descrivono, nel loro complesso, la situazione della regione facendo riferimento anche alle sue singole province.
In Abruzzo i tassi di disoccupazione, sia maschili che femminili, appaiono più contenuti rispetto a quelli nazionali: complessivamente, i disoccupati rappresen-

home

tano il 9% della popolazione, contro l'11,7% registrato a livello nazionale (tav. 3.14.2.). La situazione migliore è presente nella provincia di Teramo soprattutto per la popolazione maschile il cui tasso di disoccupazione scende in quest'area al valore minimo regionale del 4,7%.
A fronte di un certo equilibrio occupazionale, tutti gli altri indicatori forniscono il quadro di una certa depressione del contesto economico regionale. Il tasso di attività è, anche se leggermente, inferiore ai livelli medi nazionali sia per quanto riguarda il dato regionale che per quello relativo alle singole province, con l'unica eccezione della provincia di Teramo in cui si registra un tasso di attività pari a quello nazionale (46,6%). Il dato regionale fa riferimento a 45,1 appartenenti alle forze di lavoro per 100 abitanti di 15 anni e oltre, contro il 46,6 nazionale, e arriva al minimo di 42,0 per 100 a L'Aquila.
Il valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo delle province alla produzione di ricchezza, risulta inferiore alla media nazionale con 27,6 milioni pro-capite (contro 31,6) e con una notevole variabilità a livello provinciale che non supera, tuttavia, anche nei suoi valori massimi (di 30,3 milioni pro-capite a Pescara) la media del Paese. L'ulteriore indicatore della disponibilità economica rappresentato dall'imponibile medio per residente evidenzia una situazione di disagio abbastanza diffuso nella regione, con 11,263 milioni per residente a fronte dei 13,614 nazionali, e particolarmente nella provincia di Chieti in cui l'imponibile scende ancora a 10,522 milioni. Per quanto concerne, infine, l'entità dei depositi bancari, si deve sottolineare nuovamente la situazione di svantaggio dell'Abruzzo che registra, a livello regionale, solo 12,5 milioni pro-capite a fronte dei 17,6 nazionale e per Chieti depositi ancora inferiori (11,1).

3.14.3. Mortalità evitabile

In Abruzzo i tassi della mortalità evitabile sono inferiori alla media nazionale sia per i maschi (150,8 morti per tutte le cause evitabili su 100.000 abitanti) che per le donne (58,5); per i decessi evitabili maschili si va dal massimo dell'Azienda usl di Pescara al minimo di quella di Chieti, mentre quelli femminili registrano il loro minimo a Lanciano e arrivano a oltre 60 nell'Azienda Usl di Chieti (tav.3.14.3.).
I decessi maschili evitabili con interventi di prevenzione primaria sono, nella regione, decisamente inferiori al numero medio registrato nel Paese: 94,8 per 100.000 abitanti contro i 117,0 della media nazionale e raggiungono il loro minimo nella Usl di Lanciano/ Vasto con 87,9 morti di sesso maschile per 100.000 residenti e 21,7 decessi evitabili femminili per 100.000 abitanti.
Anche i decessi evitabili dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, sono inferiori alle medie nazionali: 1,8 decessi maschili per 100.000 abitanti, contro il 2,5 nazionale, e 18,2 decessi per le donne contro i 21,9 nazionali.
Infine, per le morti evitabili derivate da carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, accanto al dato regionale che è inferiore a quello nazionale sia per gli uomini che per le donne, si evidenzia per l'Azienda Usl di L'Aquila un numero di decessi maschili (60,1 per 100.000 abitanti) superiore a quello delle altre province e a quello italiano e per la Usl di Chieti una punta di 17,7 decessi femminili, sempre per 100.000 abitanti.

3.14.4. Rete ospedaliera

La rete ospedaliera in Abruzzo offre una dotazione di posti letto (pubblici e pri-

vati accreditati) superiore a quella media nazionale: 6,2 per 1.000 abitanti contro 5,4 (tav. 3.14.4.). La totalità della dotazione, in assenza di Aziende ospedaliere, è coperta in misura prevalente dagli ospedali delle Usl (4,5 posti letto per 1.000 abitanti) e in secondo luogo dagli Istituti privati (1,6).
L'Azienda Usl de L'Aquila è quella in cui si concentra l'offerta degli Ospedali delle Aziende Usl con 7,1 posti letto per 1.000 abitanti (contro i 2,8 della media nazionale) mentre quelle di Chieti e Pescara sono le due Aziende Usl dove è più ampia la disponibilità di posti letto privati (rispettivamente, 3,6 e 3,4 per 1.000 abitanti contro l'1,1 della media nazionale). Nelle Aziende Usl di Lanciano e Teramo, invece, tali Istituti privati accreditati sono del tutto assenti. L'analisi dell'offerta sulla base dell'intensità di assistenza evidenzia che, fatta eccezione per le specialità ad elevata assistenza, per le quali l'indice della regione si allinea a quello medio nazionale, l'Abruzzo è caratterizzato da un'offerta più ampia per tutti i tipi di assistenza.
È soprattutto con riferimento alla riabilitazione e lungodegenza e per le specialità di base che gli indici registrano i più significativi scostamenti positivi dalla media con, rispettivamente, 109,9 e 387,5 posti letto per 100.000 abitanti.
Le Aziende Usl meglio dotate sono quelle di Chieti e di Pescara con riferimento alla riabililitazione e lungodegenza (277,9 posti letto la prima e 227,4 la seconda) mentre a L'Aquila l'offerta per le specialità di base arriva a 525,3 posti letto a fronte dei 387,5 regionali e dei 371,2 nazionali. L'indicatore relativo al tasso di utilizzazione dei posti letto, sottolinea un utilizzo superiore a quello medio nazionale (del 78,3% contro il 74,8%) con una certa disomogeneità a livello delle singole Aziende Usl, con Teramo che presenta la punta massima di utilizzazione (83,6%) e l'Azienda Usl de L'Aquila la minima (61,6%).

3.14.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

La disponibilità di medici dipendenti delle Aziende Usl risulta superiore a quella media nazionale, con 18,3 medici per 10.000 abitanti contro 16,3, ma presenta una certa variabilità a livello delle singole Usl dove la dotazione oscilla dai 16,7 medici per 10.000 abitanti di Pescara ai 22,2 de L'Aquila (tav.3.14.5.).
La dotazione complessiva di infermieri appare solo lievemente superiore a quella nazionale (con 52,8 infermieri per 10.000 abitanti contro i 51,4 dell'Italia), ma è caratterizzata anch'essa da una diversa distribuzione nelle Aziende Usl con la massima offerta a L'Aquila (69,3 infermieri per 10.000 abitanti) e la più bassa ad Avezzano con appena 43,7 infermieri (sempre per 10.000 abitanti).
Il numero di infermieri per medico è, invece, lievemente inferiore a quello nazionale (2,9 contro 3,2) con la sola Teramo che si allinea al dato italiano.
I dipendenti delle Aziende Usl abruzzesi ammontano, complessivamente, a 112,0 per 10.000 abitanti e sono, quindi, di poco al di sopra del dato nazionale di 108,4, anche qui con una notevole variabilità che vede questo personale dipendente particolarmente concentrato nel capoluogo di provincia (142,7 dipendenti per 10.000 abitanti) a fronte del numero decisamente più ridotto registrato a Lanciano (100,9).

3.14.6. Medicina di base

La disponibilità di medici di medicina generale e di pediatri di base in rapporto agli abitanti è, in Abruzzo, lievemente inferiore a quella registrata nel Paese (tav.

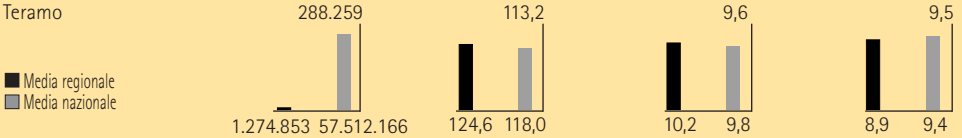
home

3.14.6.). Infatti, a livello regionale il dato indica 1.042 abitanti per medico di medicina generale (contro i 1.034 della media nazionale) e 1.274 bambini fino a 14 anni per pediatria di base a fronte dei 1.261, sempre della media italiana.
La situazione più vantaggiosa per la medicina generale è quella della Usl de L'Aquila, con 1.022 residenti per medico, mentre per la pediatria di base è Pescara che ha il minor numero di bambini per pediatra (882).
Utilizzando, infine, l'indicatore rappresentato dal numero di prescrizioni per assistito che, lo ricordiamo, si riferisce alle prescrizioni sui ricettari regionali effettuate anche da medici specialisti ed ospedalieri, emerge che l'Abruzzo si attesta su valori più bassi di quelli medi nazionali, con 4,2 ricette per assistito. Si tratta tuttavia di un dato caratterizzato da un'ampia variazione a livello delle singole Aziende Usl che oscilla dalle 5,7 prescrizioni per assistito dell'Azienda Usl di Lanciano per toccare il minimo di 1,1 ricetta, sempre per assistito, a Teramo. L'importo medio delle ricette, invece, è pari a 43.000 lire e, quindi, sostanzialmente simile a quello medio nazionale di 43.900 lire a ricetta.

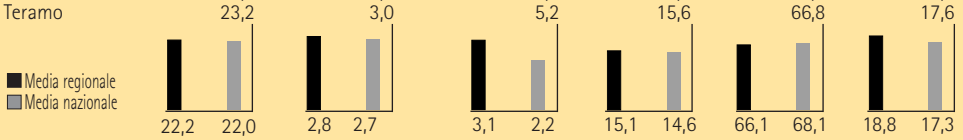
home

TAVOLA 3.14.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Avezzano	201.703	132,9	10,8	7,8
Chieti	176.314	117,9	9,7	8,9
Lanciano	213.133	135,4	10,8	8,6
L'Aquila	102.604	146,5	10,6	8,4
Pescara	292.841	119,6	10,0	9,4
Teramo	288.259	113,2	9,6	9,5



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	23,2	2,7	1,6	15,2	64,6	20,2
Chieti	21,5	3,0	3,6	15,4	66,4	18,2
Lanciano	21,9	2,7	2,5	14,8	65,1	20,1
L'Aquila	20,5	2,6	3,2	14,3	64,7	21,0
Pescara	21,7	2,7	2,3	14,8	67,6	17,7
Teramo	23,2	3,0	5,2	15,6	66,8	17,6

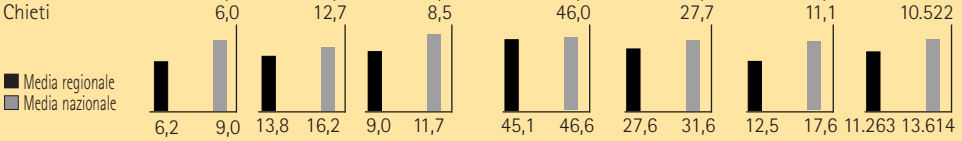


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.14.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
L'Aquila	8,0	15,0	10,5	42,0	25,3	13,3	11.766
Teramo	4,7	13,0	7,8	46,6	27,0	13,1	10.910
Pescara	6,0	15,1	9,4	45,7	30,3	13,1	12.071
Chieti	6,0	12,7	8,5	46,0	27,7	11,1	10.522



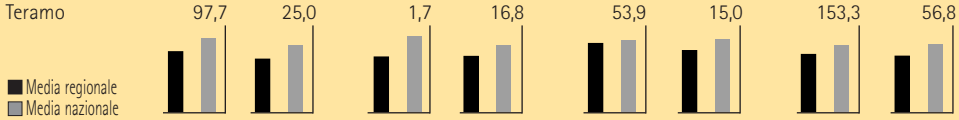
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.14.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	92,0	23,4	3,2	16,7	51,1	16,5	146,3	56,6
Chieti	94,9	24,0	1,1	18,6	49,6	17,7	145,6	60,3
Lanciano / Vasto	87,9	21,7	1,4	15,8	57,7	14,8	147,0	52,3
L'Aquila	89,7	24,5	2,2	18,4	60,1	16,4	152,0	59,3
Pescara	101,9	25,9	1,2	21,7	54,9	16,2	158,0	63,8
Teramo	97,7	25,0	1,7	16,8	53,9	15,0	153,3	56,8

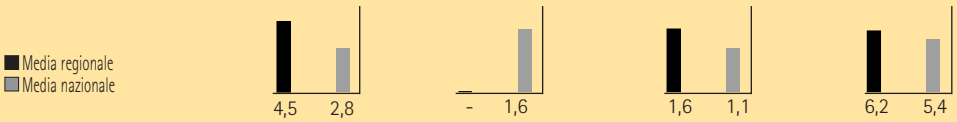


Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

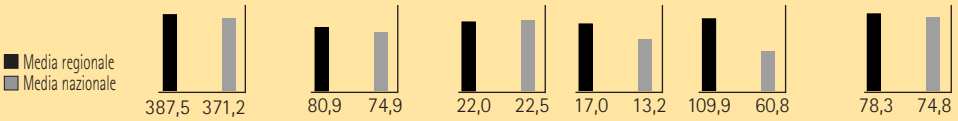
(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.14.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Avezzano	4,2	-	1,8	5,9
Chieti	4,7	-	3,6	8,3
Lanciano	4,4	-	-	4,4
L'Aquila	7,1	-	1,0	8,1
Pescara	3,8	-	3,4	7,2
Teramo	4,7	-	-	4,7



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Avezzano	493,3	54,5	11,4	13,9	21,8	78,2
Chieti	408,4	97,6	19,9	22,1	277,9	80,7
Lanciano	305,0	72,3	16,4	15,5	28,6	76,2
L'Aquila	525,3	167,6	25,3	12,7	74,1	61,6
Pescara	365,8	77,8	29,4	21,9	227,4	80,7
Teramo	335,1	68,0	26,4	13,9	21,9	83,6



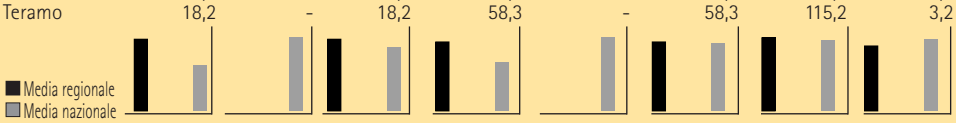
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.14.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Avezzano	18,3	-	18,3	43,7	-	43,7	102,4	2,4
Chieti	19,5	-	19,5	56,8	-	56,8	122,4	2,9
Lanciano	17,9	-	17,9	44,5	-	44,5	100,9	2,5
L'Aquila	22,2	-	22,2	69,3	-	69,3	142,7	3,1
Pescara	16,7	-	16,7	51,4	-	51,4	106,5	3,1
Teramo	18,2	-	18,2	58,3	-	58,3	115,2	3,2



18,3	11,5	-	4,7	18,3	16,3	52,8	37,3	-	14,1	52,8	51,4	112,0	108,4	2,9	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.14.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Avezzano	1.030	1.227	5,6	40.100
Chieti	1.058	6.801	3,0	37.700
Lanciano	1.050	987	5,7	43.800
L'Aquila	1.023	917	5,2	45.700
Pescara	1.027	882	5,6	47.300
Teramo	1.058	1.798	1,1	32.300

1.042	1.034	1.274	1.261	4,2	5,0	43.000	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.15. Molise

home

3.15.1. Contesto demografico

Il Molise ha una popolazione di 330.295 abitanti (tab. 3.15.1.), ripartita in 4 Aziende Usl con una dimensione media di circa 82.500 abitanti. La più piccola è l'Azienda Usl dell'Alto Molise, con 14.856 abitanti, mentre la più grande è quella del Centro Molise con oltre 133.000 abitanti (tav. 3.15.1.).
L'indice di vecchiaia nella regione è elevato, 125,2 anziani per 100 bambini fino a 15 anni, e superiore alla media nazionale pari a 118,0. L'Azienda Usl con il più alto rapporto anziani bambini è quella dell'Alto Molise (217,4) mentre le altre tre si attestano tutte su un indice superiore a 120.
Anche il tasso di mortalità regionale è superiore a quello nazionale (11 contro 9,8) ed è sempre l'Azienda Usl dell'Alto Molise a registrare il valore più alto, pari a 14,2 mentre le altre tre Aziende Usl presentano tassi sostanzialmente simili.
I dati sul tasso di natalità, sia a livello regionale (8,7) che delle singole Aziende Usl è inferiore a quello nazionale (pari a 9,8) e non presenta significative variazioni nelle diverse Aziende Usl. Il numero di bambini con meno di cinque anni per 100 donne in età feconda, si allinea, nel Molise, ai valori medi nazionali (è pari a 22,3 contro 22) con l'Azienda Usl di Pentria che presenta il numero più alto, 23,4, a cui si contrappone l'Azienda Usl del Basso Molise con il minimo di 21 bambini al di sotto dei 5 anni per 100 donne in età feconda. La dimensione media dei nuclei familiari è uguale a quella media nazionale, 2,7 componenti per nucleo a livello regionale, e con valori pressochè identici in tutte le Aziende Usl.
I dati che descrivono la struttura per età della popolazione vedono la regione collocarsi a livelli di poco superiori a quelli medi nazionali, sia per quanto riguarda la percentuale di bambini fino a 14 anni sul totale della popolazione (pari a 15,5% contro il 14,6% nazionale), sia con riferimento alla quota di anziani sopra i 64 anni sul totale che sono, in Molise, il 19,4% a fronte del 17,3% della media del Paese.
Il tasso migratorio negativo (-0,1 per 1.000 abitanti) evidenzia, infine, che la regione è caratterizzata da un flusso in uscita che è particolarmente rilevante nell'Azienda Usl Alto Molise (-3,3 per 1.000) mentre l'Azienda Usl di Pentria è quella che attrae più abitanti con un tasso uguale a quello medio nazionale (2,2 per 1.000).

3.15.2. Contesto economico (provinciale)

Tutti gli indicatori economici presi in esame evidenziano, in Molise, una situazione di chiaro svantaggio rispetto al resto del Paese. I tassi di disoccupazione, sia maschili che femminili, sono nettamente superiori a quelli medi nazionali e la disoccupazione femminile, del 23,3% con la punta del 25,4% a Isernia, risulta quasi doppia rispetto a quella maschile pari al 12% di contro al 9% nazionale.

Il tasso di attività è anch'esso inferiore ai livelli medi nazionali sia per quanto riguarda il dato regionale (45,3 appartenenti alla forza lavoro per 100 abitanti di 15 anni e oltre a fronte dei 46,6 della media italiana) che per quello relativo alle due province.
Il valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo delle province molisane alla produzione di ricchezza, risulta pertanto anch'esso inferiore ai livelli medi con appena 24,3 milioni di lire pro-capite contro i 31,6 milioni nazionali e con la provincia di Isernia che registra un valore aggiunto ancora inferiore (22 milioni pro-capite). Gli ulteriori indicatori della disponibilità economica rappresentati dall'imponibile medio per residente e dall'entità dei depositi bancari sottolineano questa situazione di difficoltà economica: in Molise l'imponibile medio è di 9,764 milioni di lire per residente, a fronte dei 13,614 nazionali, e i depositi bancari ammontano a 10 milioni, un valore decisamente al di sotto dei 17,6 milioni pro-capite della media del Paese.

3.15.3. Mortalità evitabile

La mortalità evitabile con riferimento a tutte le cause presenta, in Molise, valori inferiori alla media nazionale sia per i maschi (167,6 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti) che per le donne (70,4 contro71,9) (tav. 3.15.3). Esiste, tuttavia, una certa differenziazione a livello delle singole Aziende Usl con quella del Basso Molise, ad esempio, che registra il più alto numero di decessi maschili per cause evitabili, 178,8 per 100.000 abitanti, e con quella di Pentria, invece, con il più basso numero di decessi evitabili femminili, per le donne 61,0 su 100.000 abitanti contro i 70,4, sempre per 100.000 abitanti, della media regionale.
I decessi evitabili con interventi di prevenzione primaria evidenziano lo stesso andamento: sono inferiori alla media nazionale sia per i maschi (105,6 contro 117,0 per 100.000 abitanti con la punta minima di 84,0 nell'Azienda Usl dell'Alto Molise) che per le donne (28,8 contro 30,8 con il massimo di 37,1 nell'Azienda Usl dell'Alto Molise).
Anche per i decessi evitabili legati alla carenza di diagnosi precoce e terapia, entrambi i dati del Molise sono leggermente inferiori a quelli medi nazionali: 1,8 decessi maschili per 100.000 abitanti, contro il 2,5 nazionale, e 18,4 decessi per le donne, sempre per 100.000 abitanti, contro i 21,9 nazionali.
Infine, per le morti evitabili derivate da carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitaria, il dato regionale è superiore a quello nazionale sia per gli uomini che per le donne. Tuttavia, l'analisi dei dati con riferimento alle diverse Aziende Usl mette in luce scarti significativi al riguardo. Nel caso dei decessi maschili evitabili dovuti a carenze di igiene e di assistenza, ad esempio, si va dal minimo di 49,3 decessi per 100.000 abitanti dell'Azienda Usl di Alto Molise al massimo di 65,4 di quella del Basso Molise. Per quelli femminili, allo stesso modo, i tassi oscillano dal minimo di 16,8 decessi per 100.000 abitanti dell'Azienda Usl di Pentria ai 25,8 dell'Azienda Usl del Basso Molise.

3.15.4. Rete ospedaliera

La dotazione di posti letto ospedalieri del Molise ammonta, nel suo complesso, a 5,1 posti letto per 1.000 abitanti e risulta, dunque, inferiore a quella media nazionale (tav. 3.15.4).
La quota prevalente di tali posti letto è quella degli ospedali delle Aziende Usl,

con 4,5 posti letto per 1.000 abitanti a fronte della media nazionale di 2,7, mentre gli Istituti privati accreditati hanno 0,3 posti letto per 1.000 abitanti, dato nettamente inferiore a quello medio nazionale (sono assenti le Aziende ospedaliere. Con riferimento agli Istituti privati accreditati si deve tuttavia sottolineare che l'offerta di posti letto si riferisce ad un'unica Azienda Usl, quella del Centro Molise, e qui è pari a 0,7 posti letto per 1.000 abitanti.
Per quanto riguarda, invece, i posti letto degli ospedali delle Aziende Usl, è possibile evidenziare che l'offerta è particolarmente concentrata nell'Azienda Usl dell'Alto Molise, con 9,4 posti letto per 1.000 abitanti, mentre è l'Azienda Usl del Centro Molise quella in cui si registra l'offerta più limitata, pari a 3,6 posti letto per 1.000 abitanti, ma comunque superiore a quella media nazionale.
L'analisi dell'offerta in base all'intensità di assistenza mette in luce che, fatta eccezione per i posti letto in specialità di base, per i quali il Molise si colloca al di sopra della media nazionale (388,2 per 100.000 abitanti contro 371,2), per tutti gli altri tipi di assistenza i dati della regione sono inferiori o sostanzialmente allineati a quelli medi del Paese. I settori più carenti risultano quelli della riabilitazione e lungodegenza, per il quale l'offerta si attesta sui 25,7 posti letto per 100.000 abitanti a fronte dei 60,8 della media nazionale, e quello delle specialità a media assistenza con 57,2 posti letto per 100.000 abitanti contro 74,9.
L'ultimo indicatore, relativo al tasso di utilizzazione dei posti letto, sottolinea un dato superiore a quello medio nazionale (dell'80,3% contro il 74,8%) con una certa variabilità a livello delle singole Aziende Usl, dal 69,1% dell'Azienda Usl dell'Alto Molise, all'84,4% di quella del Centro Molise.

3.15.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

I dati sul numero di medici dipendenti del Ssn rapportati alla popolazione residente indicano, per il Molise, un numero complessivo superiore a quello medio nazionale (19,6 contro 16,3 medici per 10.000 abitanti) che presenta, però, una certa disomogeneità a livello provinciale con un'oscillazione dal minimo di 17,5 medici per 10.000 abitanti dell'Azienda Usl del Centro Molise ai 28,9 medici per 10.000 abitanti di quella dell'Alto Molise (Tav. 3.15.5.).
Il dato sul numero di infermieri per 10.000 abitanti è sostanzialmente simile, invece, a quello medio nazionale, anche in questo caso con una forte variazione dall'Azienda Usl del Centro Molise, che offre 44,7 infermieri per 10.000 abitanti, a quella dell'Alto Molise che arriva a 66 infermieri, sempre per 10.000 abitanti.
Il numero di infermieri per medico è, invece, lievemente inferiore a quello nazionale (2,6 contro 3,2) e senza variazioni significative nelle diverse Aziende Usl.
I dipendenti delle Aziende Usl del Molise ammontano, complessivamente, a 114,2 per 10.000 abitanti, un numero leggermente al di sopra del dato nazionale di 108,4 (sempre per 10.000 abitanti) anche se le oscillazioni fra un'Azienda Usl e l'altra sono molto ampie e il personale dipendente va dal numero massimo dell'Azienda Usl dell'Alto Molise (162,2) al minimo di quella del Centro Molise, che con 99,8 dipendenti per 10.000 abitanti, si colloca ben al di sotto della media regionale e anche di quella nazionale.

3.15.6. Medicina di base

L'indicatore rappresentato dalla disponibilità di medici di medicina generale in rapporto agli abitanti mette in luce che la situazione regionale è di vantaggio

rispetto a quella media del Paese (tav. 3.15.6.). Il Molise, infatti, ha 1.011 abitanti adulti per medico di medicina generale contro i 1.034 della media nazionale. La situazione migliore al riguardo si registra nell'Azienda Usl dell'Alto Molise dove l'offerta è di un medico per 928 abitanti adulti, ma anche per le altre tre Aziende Usl l'indicatore si attesta su valori inferiori a quelli medi nazionali.

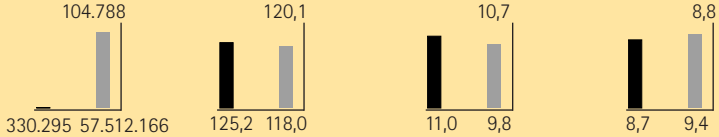
Per la pediatria di base, all'opposto, la situazione regionale è peggiore di quella media nazionale e l'offerta è di un medico pediatra per 1.465 bambini (a fronte dei 1261 bambini per pediatra della media italiana) e arriva decisamente al più elevato rapporto di un pediatra per 1866 bambini nell'Azienda Usl dell'Alto Molise.

L'indicatore rappresentato dal numero di prescrizioni per assistito, evidenzia, infine, che il Molise si attesta su valori di poco inferiori a quelli medi nazionali (pari a 5,0 ricette in media per assistito), con le sue 4,6 ricette per assistito, e che l'importo medio per ricetta è di 44.700 lire, a fronte di una media nazionale di 43.900, con una certa variabilità da un'Azienda Usl all'altra: dalle 36.100 lire dell'Azienda Usl dell'Alto Molise alle 46.400 di quella del Basso Molise.

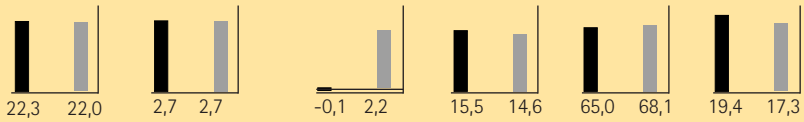
home

TAVOLA 3.15.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Alto Molise	14.856	217,4	14,2	8,2
Pentria	77.228	121,1	10,7	8,5
Centro Molise	133.423	123,5	11,2	8,9
Basso Molise	104.788	120,1	10,7	8,8



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	-3,3	12,6	60,1	27,3
Pentria	23,4	2,8	2,2	16,2	64,2	19,6
Centro Molise	22,8	2,7	-2,0	15,6	65,1	19,3
Basso Molise	21,0	2,7	1,0	15,3	66,2	18,4

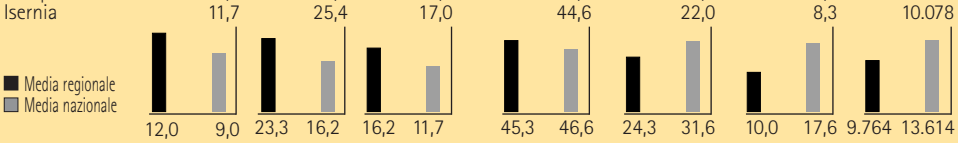


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.15.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Campobasso	12,0	22,4	15,9	45,5	25,2	10,7	9.643
Isernia	11,7	25,4	17,0	44,6	22,0	8,3	10.078



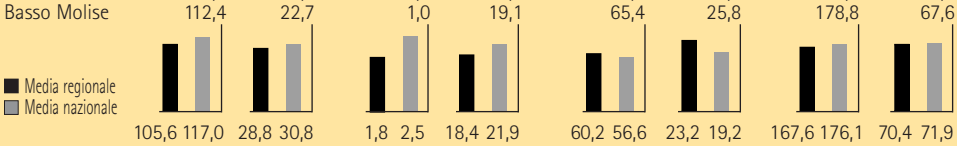
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.15.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	84,0	37,1	-	16,6	49,3	21,9	133,3	75,6
Pentria	102,6	22,4	5,2	21,8	57,6	16,8	165,4	61,0
Centro Molise	104,9	35,9	0,7	15,7	59,0	25,4	164,6	77,0
Basso Molise	112,4	22,7	1,0	19,1	65,4	25,8	178,8	67,6

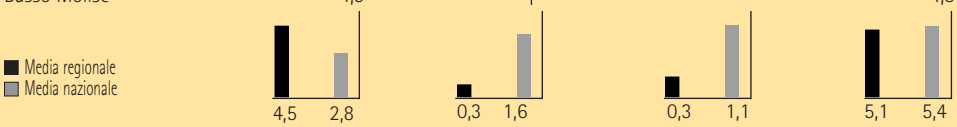


Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

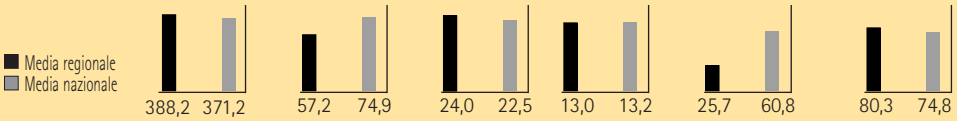
(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.15.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Alto Molise	9,4		-	9,7
Pentria	5,1	0,3	-	5,4
Centro Molise	3,6		0,7	4,6
Basso Molise	4,5		-	4,8



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Alto Molise	881,8	70,3	6,1	0,9	13,6	69,1
Pentria	432,5	52,4	6,1	22,9	29,1	82,3
Centro Molise	323,1	51,7	44,3	13,6	25,6	84,4
Basso Molise	368,4	66,0	13,7	6,6	25,1	77,6



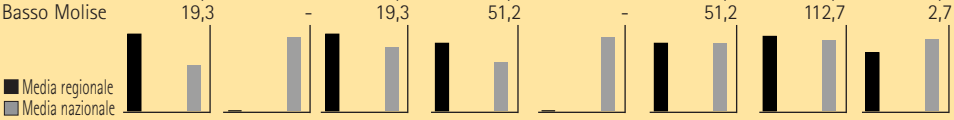
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.15.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Alto Molise	28,9	-	28,9	66,0	-	66,0	162,2	2,3
Pentria	21,9	-	21,9	62,0	-	62,0	131,7	2,8
Centro Molise	17,5	-	17,5	44,7	-	44,7	99,8	2,6
Basso Molise	19,3	-	19,3	51,2	-	51,2	112,7	2,7



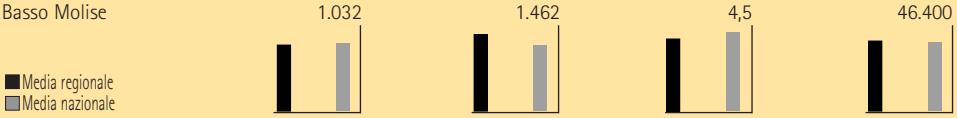
	Aziende Usl	Az. Osp.	Totale	Aziende Usl	Az. Osp.	Totale	Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
Media regionale	19,6	-	19,6	51,8	-	51,8	114,2	2,6
Media nazionale	11,5	4,7	16,3	37,3	14,1	51,4	108,4	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.15.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Alto Molise	928	1.866	4,4	36.100
Pentria	1.011	1.251	5,1	44.100
Centro Molise	1.005	1.602	4,4	44.800
Basso Molise	1.032	1.462	4,5	46.400



	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Media regionale	1.011	1.465	4,6	44.700
Media nazionale	1.034	1.261	5,0	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.16. Campania

home

3.16.1. Contesto demografico

La Campania ha 5.791.126 residenti ripartiti in 13 Aziende Usl (tav. 3.16.1). La dimensione media di tali Aziende Usl è, dunque, di quasi 450.000 abitanti e, pertanto, molto più ampia della media nazionale. La più popolosa è l'Azienda Usl Napoli 1, con oltre 1 milione di abitanti, mentre la più piccola è quella di Avellino 1 dove sono presenti poco più di 170.000 abitanti.
La struttura per età della popolazione mette in luce che la quota di giovani fino a 14 anni in Campania è decisamente più elevata rispetto a quanto rilevato a livello nazionale e i bambini e i ragazzi fino a 14 anni rappresentano il 20% degli abitanti a fronte del 14,6 % italiano. In ben sei Aziende Usl, inoltre, tale quota supera il 20% (sono le Aziende Usl di Napoli 2, 3, 4, 5, di Caserta 2 e di Salerno 1) con quella di Napoli 3, in particolare, in cui i giovani sfiorano la quota del 25% della popolazione. La popolazione oltre i 64 anni, invece, rappresenta il 12,8% del totale, inferiore alla media nazionale pari al 17,3%, e oscilla dal minimo del 7,6% nell'Azienda Usl Napoli 3 al massimo del 20,7% di quella Avellino 1. Come conseguenza di tale struttura per età della popolazione, anche l'indice di vecchiaia in Campania è molto più basso rispetto a quello medio nazionale: appena 64,0 anziani oltre i 64 anni per 100 abitanti fino a 15 anni contro i 118,0 della media italiana. Solo in tre Aziende Usl, Avellino 1, Benevento e Salerno 3, il rapporto è favorevole agli anziani ed è pari, rispettivamente, a 125,1, a 109,6 e a 108,2 anziani per 100 bambini. L'Azienda Usl più giovane in assoluto è, invece, quella di Napoli 3 dove l'indice di vecchiaia è di 30,6 per 100. Il tasso di mortalità è più basso rispetto al resto del Paese, 8,1 per 1.000 abitanti contro 9,8, anche se nell'Azienda Usl Avellino 1, Benevento e Salerno 3, che, come abbiamo appena visto, sono anche le Aziende Usl più anziane, si arriva a indici di vecchiaia e tassi di mortalità più elevati pari a 10,0 e a 10,3, lievemente superiore al valore medio italiano. In linea con i dati fin qui illustrati, il tasso di natalità e l'indicatore relativo al numero di bambini di età inferiore a 5 anni per 100 donne in età feconda, sono anch'essi più elevati rispetto a quelli medi nazionali: il primo è pari, a livello regionale, a 12,4 per 1.000 abitanti, contro 9,4; il secondo a 28,1 a fronte dei 22,0 bambini fino a 5 anni per 100 donne in età feconda della media del Paese. Le famiglie risultano pertanto più numerose, come indicato dal dato relativo al numero medio di componenti la famiglia che è pari, nella regione, a 3,1 contro il 2,7 nazionale e che arriva a 3,6 nell'Azienda Usl Napoli 3. Le famiglie di dimensioni più ridotte, anche se comunque ancora al di sopra della media italiana, si riscontrano, invece, nelle Aziende Usl Avellino 1, Napoli 1 e Salerno 3, dove è presente un numero medio di 2,8 componenti per nucleo familiare. La regione risulta infine caratterizzata da un tasso migratorio negativo, pari a -2,3 per 1.000 abitanti (il dato nazionale è di 2,2), che arriva fino a -11,4 nell'Azienda Usl Napoli 1 che, come abbiamo visto, è anche la più densamente popolata con oltre 1 milione di abitanti. Solo 5 delle 13 Aziende Usl Campane presentano un tasso migratorio positivo con il picco dell'Azienda Usl Napoli 2 (13,2) che risulta quella in grado di attrarre più abitanti.

3.16.2. Contesto economico (provinciale)

Tutti gli indicatori del contesto economico qui presi in esame evidenziano la situazione di difficoltà in cui si trova la Campania. I tassi di disoccupazione, sia quello complessivo che quelli maschili e femminili, hanno valori più che doppi rispetto ai livelli medi nazionali. Nella regione il tasso di disoccupazione complessivo è del 24,6 per 100 (contro l'11,7), mentre quello femminile risulta pari al 33,9 (contro il 16,2 nazionale) ed al 20,0 per 100 con riferimento agli uomini (a fronte del 9,0 della media italiana).
È Caserta la provincia con le peggiori condizioni al riguardo sia per il tasso maschile (con il 22,1 per 100) che per le donne il cui tasso relativo, qui, come anche nella provincia di Napoli, risulta pari a circa il 40 per 100.
Il tasso di attività, ottenuto rapportando gli appartenenti alle forze di lavoro alla popolazione di 15 anni e oltre, risulta anch'esso più basso di quello medio nazionale pari al 46,6 per 100 e si attesta, a livello regionale, sul 43,3 per 100 con la punta minima a Napoli, dove scende ulteriormente al 42,3 per 100, e quella massima a Salerno che con un tasso del 45,4 rimane comunque al di sotto della media italiana. Il dato relativo al valore aggiunto pro-capite, che valuta l'apporto complessivo delle province campane alla produzione di ricchezza, risulta, ancora una volta, sensibilmente inferiore a quello nazionale; nella regione è pari a 20,3 milioni pro-capite senza significative variazioni fra le diverse province e con il minimo di 17,1 milioni a Caserta.
L'ulteriore indicatore della disponibilità economica diffusa nella regione è rappresentato dal dato sull'imponibile medio per residente, che distribuisce il contributo individuale alla produzione di reddito tra i membri del nucleo familiare. A livello regionale esso risulta pari a poco di più di 8 milioni per residente e, quindi, inferiore di quasi il 40% a quello medio nazionale che è di 13,614 milioni di lire. Caserta è, nuovamente, la provincia più povera con circa 7,400 milioni di imponibile medio per residente, mentre Avellino, che sfiora gli 8,400 milioni di lire è quella con le condizioni relativamente migliori.
Con riferimento, infine, ai depositi bancari pro-capiti, il disagio economico diffuso nella regione riduce sensibilmente anche i valori in quest'ambito e per i residenti della regione campana i depositi bancari ammontano in media a 11 milioni di lire a livello regionale fino al minimo registrato a Caserta di 8,3 milioni di lire pari a meno della metà dei 17,6 milioni pro-capite della media nazionale.

3.16.3. Mortalità evitabile

I dati sulla mortalità evitabile, in assenza di informazioni sui livelli di morbosità nella popolazione, sono qui analizzati per fornire una qualche indicazione, seppure indiretta, sul livello complessivo di salute della popolazione.
La Campania, con riferimento ai dati complessivi sulla mortalità evitabile, presenta valori più alti rispetto a quelli medi nazionali sia per quanto riguarda gli uomini che le donne (191,1 decessi per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 80,6 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9) (tav. 3.16.3). Anche in questo caso la situazione nelle 13 Aziende Usl è piuttosto diversificata. Nel caso dei decessi maschili per cause evitabili, ad esempio, in ben cinque delle Aziende Usl campane i valori superano i 200 morti per 100.000 abitanti: sono, nell'ordine, la Napoli 3, la Napoli 1, la Caserta 2, la Napoli 4 e la Salerno 1, mentre per cinque delle Aziende Usl in esame i valori si collocano al di sotto della media nazionale con il primato posi-

tivo dell'Azienda Usl Avellino 1 che regista 135,1 decessi maschili per 100.000 abitanti. Nel caso dei decessi femminili, invece, i valori oscillano dal massimo di 98,9 morti per cause evitabili dell'Azienda Usl Napoli 1 al minimo di quella di Avellino 1 che con 49,4 decessi per 100.000 abitanti si conferma come l'Azienda Usl campana con la situazione migliore al riguardo.
Considerando le diverse categorie di morti evitabili o riducibili rispettivamente con interventi a livello di prevenzione primaria, di diagnosi e terapia precoce o con misure di igiene e di assistenza sanitaria, è possibile evidenziare che:
• le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria sono, a livello regionale, in numero inferiore a quello medio nazionale per i decessi maschili (116,5 contro117,0) e, anche se solo di misura, superiori per quelli femminili (31,8 a fronte di 30,8);
• i decessi dovuti a carenze di diagnosi e terapia precoce si allineano, nei valori regionali, a quelli medi nazionali con, rispettivamente, 2,7 decessi maschili e 21,3 decessi femminili contro i 2,5 e i 21,9 registrati nel Paese;
• infine, per le morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene e di assistenza sanitari, i valori in Campania si discostano in maniera negativa dai valori medi nazionali presentando 71,9 decessi maschili e 27,5 decessi femminili per 100.000 abitanti a fronte dei 56,6 e i 19,2, sempre per 100.000 abitanti, della media italiana.

3.16.4. Rete ospedaliera

L'offerta complessiva di posti letto ospedalieri appare, nella regione, sensibilmente inferiore a quella media nazionale. Sono infatti disponibili 4,1 posti letto per 1.000 abitanti contro i 5,4 del dato nazionale (tav.3.16.4).
Si tratta di una dotazione che risulta divisa in quote simili fra posti letto degli Ospedali dell'Azienda Usl (1,7 a fronte dei 2,8 nazionali), delle Aziende ospedaliere, 1,1 contro l'1,6 italiano, e posti letto degli Istituti privati accreditati (1,2 contro 1,1). Con riferimento ai posti letto degli Ospedali delle Aziende Usl, è possibile evidenziare come la situazione sia piuttosto diversificata nelle diverse Aziende Usl con l'offerta massima concentrata presso l'Azienda Usl Salerno 1, che dispone di 4,3 posti letto per 1.000 abitanti, contrapposta al minimo di 0,3 letti dell'Azienda Usl Napoli 3. La maggiore concentrazione di offerta privata si registra, invece, nell'Azienda Usl Avellino 2, che dispone di 3 posti letto per 1.000 abitanti negli Istituti privati accreditati a fronte di medie regionali e nazionali pari, rispettivamente, a 1,2 e 1,1 per 1.000 abitanti. L'analisi dell'articolazione di tale offerta sulla base dell'intensità dell'assistenza consente, inoltre, di evidenziare che, mentre per le specialità a media e ad elevata assistenza il numero di posti letto disponibili non si discosta sostanzialmente dai dati medi nazionali, per la terapia intensiva e sub intensiva e, soprattutto, per i posti letto in riabilitazione e lungodegenza la Campania si colloca al di sotto dei livelli medi di offerta del Paese.
Più in particolare, per la terapia intensiva e sub intensiva sono presenti 10,6 posti letto per 100.000 abitanti, mentre il dato nazionale è di 13,2, con un'ampia oscillazione dal minimo di 4,3 delle Aziende Usl Napoli 3 e Benevento al massimo di quasi 16 nell'Azienda Usl Salerno 3. Per la riabilitazione e lungodegenza sono, invece, 37,3 per 100.000 abitanti i posti letto offerti nella regione, contro i 60,8 della media italiana con una grandissima variabilità che vede ad un estremo troviamo l'offerta di appena 1,8 posti letto per 100.000 abitanti nell'Azienda Usl di Benevento e Napoli 2 e all'altro estremo quella di oltre 140 nell'Azienda Usl Salerno 1. Con riferimento, infine, al tasso di utilizzazione, esso risulta in Campania

lievemente al di sotto di quello nazionale: 72,2% contro 74,8% con il massimo del 76,9% nell'Azienda Usl Napoli 2.

3.16.5. Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl

La disponibilità di medici è, nella regione, a livello della media nazionale, 16,2 medici per 10.000 abitanti a fronte di 16,3. Sono tuttavia presenti amplissime variazioni nelle diverse Aziende Usl con il numero minimo di medici nell'Azienda Usl Napoli 3, che ha una disponibilità di appena 8,3 medici per 10.000 abitanti, fino al più che triplo 25,2 dell'Azienda Usl Salerno 1 (tav. 3.16.5). Anche il numero di medici delle Aziende Usl e delle Aziende ospedaliere è uguale a quello medio nazionale e pari, rispettivamente, a 11,5 e a 4,7 medici per 10.000 abitanti.
La disponibilità di infermieri, risorsa sempre più strategica nel quadro delle modificazioni del modello assistenziale, in Campania è, invece, significativamente al di sotto della media nazionale con 40,6 infermieri per 10.000 abitanti a fronte del dato italiano pari a 51,4. Di conseguenza, anche il rapporto infermieri per medico è inferiore a quello nazionale, di 3,2 infermieri per medico: nella regione, infatti, tale rapporto si riduce a 2,5 infermieri per medico.
Per quanto riguarda infine il dato relativo al numero di dipendenti delle Aziende Usl, il dato complessivo, pari a 91,3 dipendenti per 10.000 abitanti risulta inferiore a quello medio italiano di 108,4, con sole due Aziende Usl che si collocano al di sopra di tale media: l'Azienda Usl Salerno 1 (146,1) e quella Napoli 1 (136,6). Il valore minimo è, invece, quello dell'Azienda Usl Napoli 3 che ha 49 dipendenti delle Aziende Usl per 10.000 abitanti.

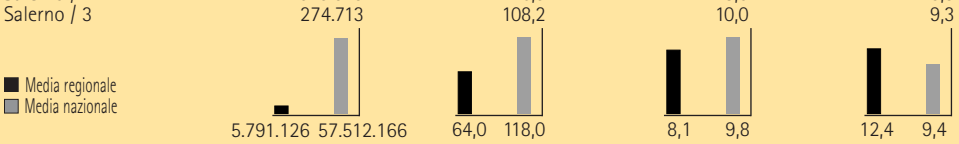
3.16.6. Medicina di base

L'indicatore relativo all'offerta in medicina di base e in pediatria evidenzia che nella regione campana la copertura in quest'ambito si colloca nel primo caso lievemente al di sotto della media nazionale e nel secondo caso è più significativamente deficitario (tav.3.16.6.). A livello regionale è infatti disponibile 1 medico di base per 1.038 adulti residenti, contro i 1.034 in media in Italia, e 1 pediatra per 1.979 bambini in età pediatrica a fronte dei 1.261 del dato nazionale.
È nella provincia di Avellino che troviamo i due estremi dell'offerta in medicina di base con l'Azienda Usl Avellino 1 che presenta la situazione di maggiore competitività, 675 residenti adulti per medico di base, e quella di Avellino 2 con la copertura inferiore, 1.497 per medico.
Con riferimento alla pediatria, invece, la copertura più ampia si registra, nuovamente, nell'Azienda Usl Avellino 1 (1.195 bambini per pediatra) mentre la carenza di pediatri appare fortissima nell'Azienda Usl Napoli 4 dove i dati ministeriali fanno riferimento ad un valore di appena 1 medico per 6.418 bambini.
L'attività prescrittiva dei medici, in Campania, risulta superiore a quella media nazionale, vengono, infatti, emesse in media 6,3 ricette per assisito a fronte del più basso numero (5,0) registrato in media in Italia. Anche l'importo medio per ricetta è superiore al valore nazionale (46.500 lire a ricetta contro 43.900) con l'Azienda Usl Napoli 1 che supera le 50.000 lire in media a ricetta e con le due Aziende Usl Avellino 1 e Napoli 4 che arrivano a importi vicini alle 50.000 lire.

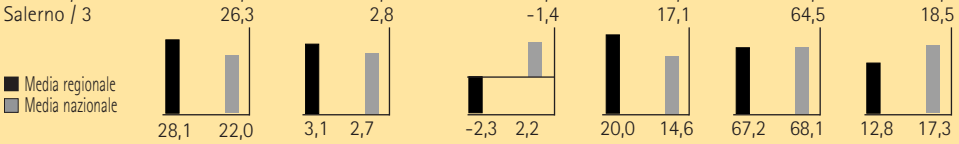
home

TAVOLA 3.16.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Avellino / 1	173.758	125,1	10,3	9,4
Avellino / 2	268.028	85,0	8,7	10,5
Benevento	295.227	109,6	10,0	10,1
Caserta / 1	395.027	67,0	8,5	12,1
Caserta / 2	454.642	49,1	7,4	14,2
Napoli / 1	1.040.855	79,1	9,3	11,1
Napoli / 2	490.642	38,5	5,9	15,8
Napoli / 3	392.448	30,6	5,9	15,6
Napoli / 4	534.821	41,8	6,8	14,7
Napoli / 5	655.339	59,2	7,9	12,7
Salerno / 1	266.098	54,2	8,0	13,0
Salerno / 2	549.529	76,9	8,0	10,3
Salerno / 3	274.713	108,2	10,0	9,3



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	27,4	2,8	-7,2	16,5	62,8	20,7
Avellino / 2	27,3	2,9	1,4	18,5	65,8	15,7
Benevento	27,3	2,9	-2,0	17,1	64,2	18,7
Caserta / 1	28,2	2,9	1,1	19,9	66,8	13,3
Caserta / 2	30,6	3,1	0,4	22,1	67,0	10,9
Napoli / 1	24,0	2,8	-11,4	17,7	68,3	14,0
Napoli / 2	31,5	3,3	13,2	23,0	68,2	8,8
Napoli / 3	32,6	3,6	-6,0	24,8	67,6	7,6
Napoli / 4	30,7	3,3	1,4	22,8	67,7	9,5
Napoli / 5	26,8	3,4	-7,4	20,1	68,0	11,9
Salerno / 1	28,9	3,4	-0,7	21,0	67,7	11,4
Salerno / 2	26,7	3,0	-0,4	18,4	67,4	14,2
Salerno / 3	26,3	2,8	-1,4	17,1	64,5	18,5



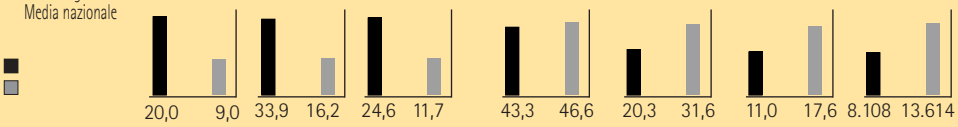
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.16.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Caserta	22,1	38,8	27,9	44,1	17,1	8,3	7.392
Benevento	13,4	16,8	14,8	45,2	19,7	9,4	8.079
Napoli	23,0	38,8	27,7	42,3	21,0	12,2	8.269
Avellino	14,8	28,2	19,5	43,0	20,0	10,0	8.295
Salerno	13,6	27,6	18,6	45,4	20,8	10,6	8.134

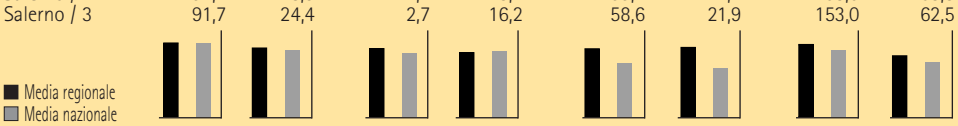


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.16.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	80,2	23,4	2,9	12,5	52,0	13,5	135,1	49,4
Avellino / 2	93,9	27,6	2,3	13,3	68,7	25,3	164,9	66,2
Benevento	98,3	26,8	1,9	17,6	57,0	23,2	157,2	67,6
Caserta / 1	125,4	31,8	1,4	20,2	71,9	30,3	198,7	82,3
Caserta / 2	144,9	33,8	4,0	23,7	73,2	30,0	222,1	87,5
Napoli / 1	130,8	41,4	3,5	25,1	87,1	32,4	221,4	98,9
Napoli / 2	113,4	29,2	3,2	20,4	71,7	24,0	188,3	73,6
Napoli / 3	146,1	33,5	2,7	25,2	79,2	33,0	228,0	91,7
Napoli / 4	122,7	32,6	2,5	22,8	81,1	30,8	206,3	86,2
Napoli / 5	114,9	29,3	2,8	23,0	65,9	26,2	183,6	78,5
Salerno / 1	120,1	31,9	1,9	24,1	82,2	29,8	204,2	85,8
Salerno / 2	97,1	28,3	1,7	18,1	59,2	22,4	158,0	68,8
Salerno / 3	91,7	24,4	2,7	16,2	58,6	21,9	153,0	62,5



Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.16.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Avellino / 1	2,6		0,5	4,2
Avellino / 2	0,5		3,0	4,6
Benevento	1,6		0,5	3,2
Caserta / 1	2,1		2,2	5,5
Caserta / 2	1,3		0,9	3,4
Napoli / 1	2,4		1,5	5,1
Napoli / 2	0,6	1,1	0,3	2,1
Napoli / 3	0,3		0,5	1,8
Napoli / 4	0,7		1,4	3,2
Napoli / 5	1,7		0,9	3,8
Salerno / 1	4,3		1,5	7,0
Salerno / 2	1,7		1,6	4,5
Salerno / 3	2,7		0,8	4,6
Media regionale / Media nazionale	1,7 2,8	1,1 1,6	1,2 1,1	4,1 5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz. x 100 (d)
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	
Avellino / 1	305,3	57,1	13,5	15,2	28,3	70,9
Avellino / 2	234,7	128,7	22,8	13,6	64,9	75,0
Benevento	260,3	44,1	13,5	4,3	1,8	75,8
Caserta / 1	332,7	112,2	33,2	11,9	60,0	67,0
Caserta / 2	244,5	42,2	18,1	5,8	26,0	72,5
Napoli / 1	319,9	111,0	24,6	15,6	39,3	71,5
Napoli / 2	153,6	34,8	13,5	9,0	1,8	76,9
Napoli / 3	119,9	31,7	13,5	4,3	14,5	73,9
Napoli / 4	207,8	47,6	20,0	5,4	40,3	70,5
Napoli / 5	265,7	60,9	22,8	8,7	17,2	74,8
Salerno / 1	390,4	105	44,3	14,1	144,6	73,8
Salerno / 2	263,8	80,0	21,3	14,1	66,4	70,2
Salerno / 3	323,1	80,3	37,5	15,9	8,0	72,8
Media regionale / Media nazionale	261,4 371,2	73,5 74,9	22,6 22,5	10,6 13,2	37,3 60,8	72,2 74,8

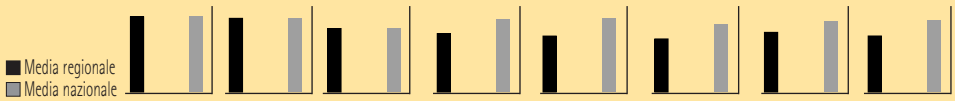
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.16.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Avellino / 1	13,1		17,8	26,9		37,7	92,9	2,1
Avellino / 2	6,3		11,0	11,9		22,7	56,0	2,1
Benevento	8,3		13,0	21,6		32,3	75,7	2,5
Caserta / 1	14,0		18,7	34,5		45,2	104,8	2,4
Caserta / 2	9,5		14,2	27,3		38,0	83,0	2,7
Napoli / 1	18,0		22,7	50,7		61,4	136,6	2,7
Napoli / 2	7,3		12,0	15,9		26,6	59,5	2,2
Napoli / 3	3,6	4,7	8,3	10,7	10,7	21,4	49,0	2,6
Napoli / 4	6,2		11,0	15,1		25,8	60,5	2,4
Napoli / 5	10,9		15,6	26,8		37,5	82,0	2,4
Salerno / 1	20,4		25,2	57,8		68,6	146,1	2,7
Salerno / 2	12,5		17,2	29,0		39,7	94,7	2,3
Salerno / 3	13,8		18,5	39,5		50,2	103,7	2,7



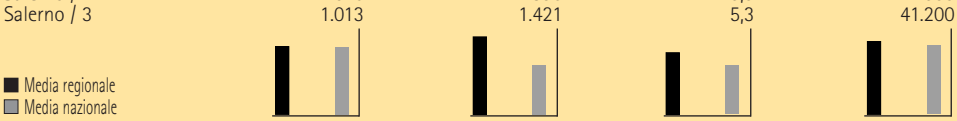
11,5 11,5 4,7 4,7 16,2 16,3 29,8 37,3 10,7 14,1 40,6 51,4 91,3 108,4 2,5 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.16.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Avellino / 1	675	1.195	8,1	49.800
Avellino / 2	1.497	2.604	3,3	42.300
Benevento	1.020	1.865	5,6	45.300
Caserta / 1	980	2.015	6,2	44.400
Caserta / 2	978	1.861	7,1	47.500
Napoli / 1	1.004	1.417	7,4	52.600
Napoli / 2	1.065	1.503	6,4	46.800
Napoli / 3	928	1.837	8,1	39.700
Napoli / 4	1.087	6.418	7,0	49.500
Napoli / 5	1.458	3.216	3,8	40.900
Salerno / 1	858	1.508	8,1	37.000
Salerno / 2	1.016	2.896	5,9	47.500
Salerno / 3	1.013	1.421	5,3	41.200



1.038 1.034 1.979 1.261 6,3 5,0 46.500 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.17. Puglia

home

3.17.1. Contesto demografico

La popolazione della Puglia, pari a 4.088.882 abitanti è ripartita in 12 Aziende Usl. Si tratta, pertanto, di Aziende Usl con una dimensione media di circa 340.000 residenti, che risulta pari a circa il 36% della dimensione media delle Aziende Usl registrata a livello nazionale (tav.3.17.1.).
Le Aziende Usl con il numero più alto di residenti (circa 600.000) sono quelle di Bari 4 e Taranto.
L'Azienda Usl di dimensioni più ridotte è quella di Bari 3 con 215.393 abitanti.
Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, primo elemento per la definizione delle caratteristiche della domanda di sanità, la regione presenta una situazione demografica abbastanza in linea con quanto si riscontra nella maggioranza delle regioni del Sud. Il dato sull'incidenza di popolazione fino a 14 anni sul totale appare decisamente superiore (18%) rispetto a quello fatto registrare a livello nazionale (14,6%), mentre appare più ridotta la quota di anziani sul totale (14,3% contro il 17,3% nazionale). Si possono come sempre evidenziare alcune situazioni specifiche, come quella dell'Azienda Usl Foggia 3 caratterizzata da una maggiore incidenza di anziani (16%), dato che rimane comunque sempre più basso di quanto si registra a livello regionale. Aziende Usl più giovani, seppure in termini relativi, possono essere considerate la Foggia 2 e la Bari 3 (con un'incidenza di popolazione 0-14 anni rispettivamente pari a 20,5% e 19,9%), ma anche altre 4 Aziende Usl superano il valore medio regionale.
In particolare, l'Azienda Usl Foggia 2 appare caratterizzata da una struttura della popolazione in cui prevale la componente giovanile: a fronte del 20,5% di giovani fino a 14 anni sul totale si evidenzia una quota di anziani tra le più basse riscontrabile a livello regionale (13,3%). Di conseguenza, particolarmente basso in quest'Azienda Usl è il valore dell'indice di vecchiaia, 64,9 per 100 a fronte di un valore regionale (79,4 per 100) già significativamente inferiore alla media nazionale del 118 per 100. In nessuna Azienda Usl della Puglia il rapporto tra anziani e giovani risulta favorevole ai primi.
Coerentemente con tale quadro demografico, il tasso di mortalità (7,9 per 1.000 a livello regionale contro il valore nazionale del 9,8 per 1.000) è più basso dello stesso valore regionale in 6 delle 12 Aziende Usl ed il valore più alto (9,2) si registra a Foggia 3.
Il tasso di natalità, pari al 10,9 per 1.000, rispetto al dato nazionale del 9,4, supera sempre quello di mortalità e fa registrare il valore più basso nell'Azienda Usl di Lecce 1. Anche il numero di bimbi per 100 donne in età feconda è più elevato (24,8 per 100 donne) rispetto al valore nazionale del 22,0 per 100, con sei Aziende Usl al di sopra della stessa media regionale. Il dato sul numero medio di componenti delle famiglie è pari a livello regionale a 3 e raggiunge i 3,2 componenti in media per famiglia nelle Aziende Usl Bari 2, Bari 3 e Foggia 2, a fronte di un dato nazionale di 2,7.

Infine, con riferimento al tasso migratorio, il dato regionale è di segno negativo (-2,3 per 1.000). Sono particolarmente significative le differenziazioni a livello di singola Azienda Usl; si va dal tasso marcatamente negativo (-6 per 1.000 abitanti) dell'Azienda Usl Foggia 1 a quello del 2,3 di Brindisi.

3.17.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della 5 province della regione, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, si differenzia in negativo rispetto al resto del Paese (tav.3.17.2.). Il tasso di attività risulta pari a 41,8 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è particolarmente elevato sia con riferimento agli uomini (14,9 contro il 9 per 100 nazionale) che alle donne (27,1 contro il 16,2 per 100 nazionale), a fronte di un dato complessivo del 18,7 per 100 (contro l'11,7 per 100 nazionale). La provincia con la situazione peggiore sotto questo profilo, segnalata da valori significativamente più elevati degli indicatori di disoccupazione, è quella di Lecce, a cui si contrappone la situazione di Brindisi che presenta, sotto questo profilo valori più contenuti, che rimangono tuttavia al di sopra della media nazionale.
Più basso della media nazionale anche il dato che misura l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto procapite risulta pari a 21,5 milioni di lire contro la media nazionale di 31,6 milioni, con le differenze in positivo delle province di Bari e Taranto (con più di 24 milioni). L'imponibile medio per residente è inferiore ai 9 milioni contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente con il valore più basso (meno di 8 milioni) a Foggia. I depositi bancari procapite risultano pari a 11,7 milioni di lire contro il valore nazionale di 17,6 milioni, e, in questo caso è la provincia di Bari a presentare il valore più elevato (13,9).

3.17.3. Mortalità evitabile

Gli indicatori sulla mortalità evitabile, riferiti a tutte le cause, presentano valori meno elevati della media nazionale sia per quel che concerne gli uomini che le donne. Si registrano, infatti, 160,8 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 67,7 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9) (tav.3.17.3.).
In questo caso si rileva una punta negativa per gli uomini nell'Azienda Usl di Foggia 3, mentre con riferimento alle donne il tasso più elevato si registra nell'Azienda Usl di Bari 1. Viceversa la mortalità evitabile meno elevata si riscontra, sia per gli uomini che per le donne, nell'Azienda Usl Bari 5.
Considerando le diverse categorie di morti per cause evitabili, rispettivamente evitabili o riducibili grazia ad interventi sugli stili di vita, ad interventi di diagnosi e terapia precoce, o collegati ai problemi connessi con la strutturazione ed il funzionamento dell'organizzazione sanitaria, si evidenzia:
• per quel che concerne le morti evitabili grazie ad interventi di prevenzione primaria, i dati relativi alla regione nel suo complesso appaiono più bassi di quelli fatti registrare a livello nazionale; sono, infatti, rispettivamente pari a 107,3 per gli uomini ed a 25,7 per le donne a fronte di dati medi nazionali superiori (rispettivamente 117,0 e 30,8 per 100.000 abitanti). Inoltre si evidenzia, in negativo, la situazione di Lecce 2 per quel che concerne il tasso maschile (118,6 per 100.000), e quella di Bari 2 con riferimento alla mortalità evitabile femminile (30,1);

• con riferimento ai decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, di nuovo i dati pugliesi appaiono lievemente più bassi rispetto alle medie nazionali: 2,1 morti maschi per cause evitabili di questa tipologia per 100.000, contro 2,5 e 21,4 contro 21,9 per le femmine, con punte in negativo riscontrabili per gli uomini a Bari 2 e per le donne a Bari 1;
• infine, le morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene ed assistenza sanitaria evidenziano una situazione regionale positiva con riferimento agli uomini (il tasso risulta ancora una volta meno elevato essendo pari a 51,4 contro 56,6) e più negativa con riferimento alle donne con un tasso seppure di poco più elevato a livello regionale (20,6 contro il 19,2 nazionale)

3.17.4. Rete ospedaliera

L'offerta ospedaliera della regione equivale a quella rilevabile a livello nazionale con 5,4 posti letto per 1.000 abitanti tra pubblici e del privato accreditato (Tav.3.17.4.).
In particolare:
• la disponibilità di posti letto negli ospedali delle Aziende Usl risulta più ampia rispetto alla media nazionale (3 posti letto per 1.000 contro 2,8);
• quella relativa ai posti letto delle Aziende ospedaliere è più elevata (1,8 per 1.000 abitanti contro 1,6);
• è più bassa quella degli Istituti privati accreditati (0,6 per 1.000 contro l'1,1 nazionale).
Come sempre è possibile rilevare alcune significative variazioni a livello di singola Azienda Usl. Complessivamente, la disponibilità di posti letto è maggiore nell'Azienda Usl di Bari 3 (7,2 per 1.000) e di Bari 1 (7,0) e più limitata in quella di Foggia 2 (3,9).
Con riferimento all'offerta negli ospedali delle Aziende Usl si registra una minore presenza nell'Azienda Usl di Foggia 2 (1,9 posti letto per 1.000 abitanti) ed una prevalenza nelle già citate Aziende Usl di Bari 3 e Bari 1.
L'offerta di posti letto del privato accreditato invece è più ampia nell'Azienda Usl Bari 4 (2,0) ed è del tutto assente nelle Aziende Usl Bari 1, Bari 3 e Foggia 1.
Sotto il profilo qualitativo, la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata a livello di singola Azienda Usl, ma è, in generale, più alta della media nazionale nel caso dei posti letto per specialità di base (391,1 per 100.000 contro il dato nazionale di 371,2), per specialità a media assistenza (90, 1 contro 74,9) e ad elevata assistenza (25,5 per 100.000 contro 22,5) mentre è sostanzialmente equivalente con riferimento ai posti letto per terapia intensiva (13,1 contro i 13,2 per 100.000 abitanti presenti a livello nazionale).
Viceversa risulta più ridotta per i letti di riabilitazione e lungodegenza (21,6 per 100.000 contro 60,8). La maggiore presenza di posti letto per specialità di base si risconta nell'Azienda Usl Bari 1, mentre l'offerta di posti letto per specialità a media assistenza è più elevata a Bari 2. Per l'elevata assistenza prevale la dotazione di Bari 3 e per la terapia intensiva e subintensiva quella di Bari 1.
Nell'Azienda Usl Foggia 3 è decisamente più alta della media regionale anche la disponibilità di posti per riabilitazione e lungodegenza (105,2) mentre è più deficitaria sotto questo profilo la situazione dell'Azienda Usl Lecce 1.
Il valore più alto del tasso di utilizzazione si riscontra nell'Azienda Usl Foggia 3 (77,9%) ed il più basso nell'Azienda Usl Foggia 1 (66,1%), mentre la media regionale (72,0%) risulta inferiore al dato nazionale (74,8%).

home

3.17.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

A livello regionale, la disponibilità di medici dipendenti del Ssn per abitanti risulta inferiore a quella fatta registrare a livello nazionale (13,7 medici per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali) con una situazione di maggiore presenza nella Aziende Usl di Bari 1 (19,9 per 10.000) e Lecce 2 (19,1) e di minore disponibilità in quella di Foggia 3 (8,9) (tav.3.17.5.).
Anche la dotazione complessiva della risorsa infermieri appare inferiore a quella nazionale (42,3 contro 51,4 per 10.000 abitanti) e variabile tra le Aziende Usl, con il dato più elevato riscontrabile nell'Azienda Usl Bari 5 ed il più basso nella Foggia 3. La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è sempre inferiore rispetto al dato nazionale sia con riferimento alla situazione dei dipendenti delle Aziende Usl (29,5 per 100.000 contro 37,3), che delle aziende ospedaliere (12,7 contro 14,1).
La disponibilità di infermieri per medico nella regione è praticamente equivalente a quella nazionale (3,1 contro 3,2 infermieri per medico), con la punta in negativo fatta registrare nell'Azienda Usl di Bari 1 con 2,7 infermieri per medico.
Il numero di dipendenti Aziende Usl in rapporto alla popolazione, è più ridotto rispetto al dato nazionale (92,3 per 10.000 a fronte di un valore nazionale di 108,4) con il più basso tasso riscontrabile nell'Azienda Usl di Foggia 3 (70,5) ed il più alto nella Aziende Usl di Bari 5 (130,2).

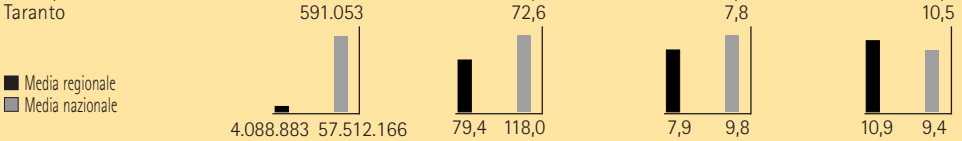
3.17. 6. Medicina di base

Il quadro della dotazione d'offerta con riferimento alla medicina di base, evidenzia una disponibilità lievemente minore di medici di medicina generale in rapporto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale.
Il numero di adulti residenti per medico risulta infatti di poco superiore alla media nazionale, essendo pari a 1.064 adulti per medico contro un valore nazionale di 1.034 (Tav. 3.17.6.).
Anche la disponibilità di pediatri di base appare più ridotta rispetto alla media nazionale con 1.323 bambini (da 0 a 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di un valore nazionale pari a 1.261.
Le differenze tra le singole Aziende Usl sono particolarmente significative: la copertura più fitta a livello di medicina di base si riscontra a Taranto con meno di 1.000 adulti residenti per medico a fronte degli oltre 2.000 adulti per medico rilevati nell'Azienda Usl Bari 3. Per quel che riguarda la pediatria di base la situazione di maggiore copertura si riscontra nell'Azienda Usl Bari 5, con meno di 1.000 bambini per pediatra, ma ciò a fronte delle punte di Bari 3 con oltre 2.500 bambini per pediatra e dell'Azienda Usl Foggia 2 con poco meno di 2.000.
Infine, nella regione si registra un numero di 5,5 ricette in media per assistito, contro un valore nazionale solo di poco inferiore (5,0). In questo caso si registra un valore superiore nell'Azienda Usl Lecce 1 (6,1 ricette per assistito) e il più basso (4,8) a Bari 3.
La spesa media per ricetta è di fatto equivalente a quella italiana (43.800 lire contro 43.900), e l'Azienda Usl con una spesa più bassa è la Foggia 1 con 38.800 lire in media a ricetta, contro il valore più alto registrato a Bari 4 (50.200).

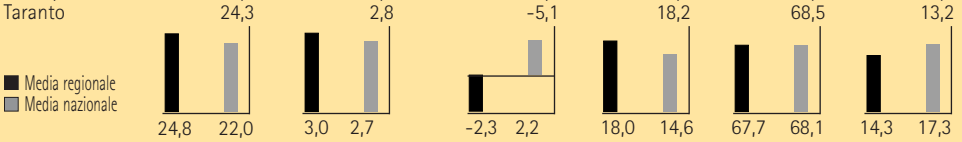
home

TAVOLA 3.17.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Bari / 1	240.509	75,9	8,2	12,6
Bari / 2	280.887	72,7	7,2	11,5
Bari / 3	215.393	68,5	6,9	13,2
Bari / 4	591.263	76,0	7,4	9,9
Bari / 5	239.450	91,3	7,8	10,3
Brindisi	413.964	82,4	8,0	10,3
Foggia / 1	220.415	82,2	9,1	12,1
Foggia / 2	215.257	64,9	7,3	13,6
Foggia / 3	262.652	93,0	9,2	10,5
Lecce / 1	474.800	88,4	8,3	9,5
Lecce / 2	343.243	87,7	8,5	10,5
Taranto	591.053	72,6	7,8	10,5



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	27,1	3,0	-0,7	19,1	66,4	14,5
Bari / 2	25,3	3,2	-2,3	18,3	68,4	13,3
Bari / 3	28,4	3,2	0,5	19,9	66,4	13,6
Bari / 4	22,9	2,9	-3,2	17,2	69,8	13,1
Bari / 5	23,9	2,9	0,6	17,1	67,3	15,6
Brindisi	24,9	3,0	2,3	18,0	67,1	14,9
Foggia / 1	28,0	3,1	-6,0	18,9	65,6	15,5
Foggia / 2	29,8	3,2	-4,6	20,5	66,2	13,3
Foggia / 3	23,9	3,1	-5,4	17,2	66,9	16,0
Lecce / 1	22,5	2,9	-1,3	16,9	68,1	15,0
Lecce / 2	23,6	3,0	-2,1	17,4	67,4	15,2
Taranto	24,3	2,8	-5,1	18,2	68,5	13,2



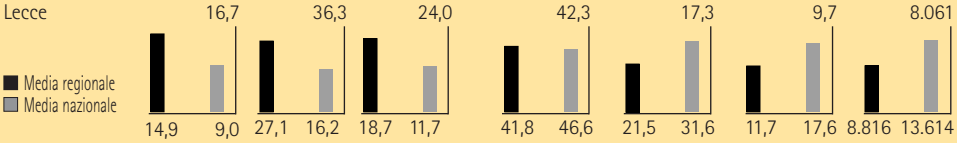
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

home

TAVOLA 3.17.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Foggia	16,2	28,5	19,7	41,5	18,6	11,4	7.844
Bari	13,8	21,5	16,0	42,0	24,6	13,9	9.544
Taranto	16,0	28,7	19,9	40,2	24,8	9,9	9.382
Brindisi	11,9	20,5	14,9	42,8	18,6	10,3	8.403
Lecce	16,7	36,3	24,0	42,3	17,3	9,7	8.061

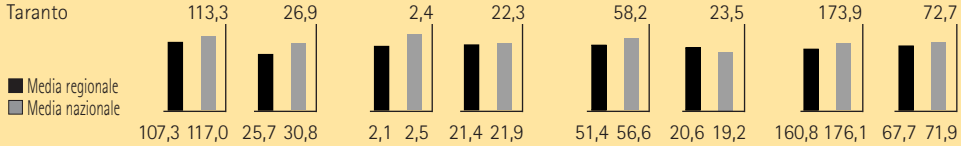


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

TAVOLA 3.17.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (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	108,7	29,5	1,4	26,0	49,1	21,0	159,2	76,5
Bari / 2	93,5	30,1	3,8	21,5	51,7	19,8	149,0	71,4
Bari / 3	101,0	23,6	1,3	22,3	37,2	22,4	139,5	68,3
Bari / 4	102,2	24,1	2,3	22,2	53,7	20,4	158,2	66,7
Bari / 5	93,9	20,9	2,0	18,2	42,1	16,0	138,0	55,1
Brindisi	108,8	24,7	1,7	23,6	52,5	20,5	163,0	68,8
Foggia / 1	112,5	25,3	2,1	24,9	51,6	22,6	166,2	72,8
Foggia / 2	102,7	23,0	1,8	22,1	44,0	23,0	148,5	68,1
Foggia / 3	115,5	29,7	2,7	18,4	60,4	22,1	178,6	70,2
Lecce / 1	108,7	28,2	1,8	18,3	51,7	19,3	162,2	65,8
Lecce / 2	118,6	21,1	2,1	19,3	47,0	17,1	167,7	57,5
Taranto	113,3	26,9	2,4	22,3	58,2	23,5	173,9	72,7



Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

home

TAVOLA 3.17.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Bari / 1	5,2		-	7,0
Bari / 2	3,8		0,1	5,7
Bari / 3	5,4		-	7,2
Bari / 4	2,0		2,0	5,8
Bari / 5	4,4		0,7	6,9
Brindisi	2,8		0,1	4,8
Foggia / 1	3,2	1,8	-	5,0
Foggia / 2	2,0		0,2	3,9
Foggia / 3	1,7		0,6	4,0
Lecce / 1	2,4		0,4	4,5
Lecce / 2	4,7		0,2	6,7
Taranto	2,0		0,9	4,7
Media regionale	3,0	1,8	0,6	5,4
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Bari / 1	526,3	109,3	40,0	22,2	2,8	69,1
Bari / 2	377,9	127,9	32,7	13,1	16,7	69,5
Bari / 3	520,0	122,2	47,4	17,8	17,2	76,2
Bari / 4	440,1	80,0	31,5	14,4	13,0	68,5
Bari / 5	516,0	83,7	29,7	17,3	42,5	69,0
Brindisi	348,1	84,3	19,2	8,5	16,6	71,2
Foggia / 1	369,6	90,0	24,0	8,5	8,2	66,1
Foggia / 2	285,7	65,5	20,0	13,1	9,8	75,2
Foggia / 3	219,8	54,6	16,3	8,5	105,2	77,9
Lecce / 1	340,5	77,5	19,7	11,2	4,9	74,7
Lecce / 2	471,7	124,1	25,0	20,7	25,5	75,2
Taranto	342,6	84,2	16,3	8,5	20,1	74,1
Media regionale	391,1	90,1	25,5	13,1	21,6	72,0
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.17.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Bari / 1	15,3		19,9	41,9		54,7	117,7	2,7
Bari / 2	12,4		16,9	35,1		47,8	106,8	2,8
Bari / 3	7,1		11,6	20,1		32,9	76,4	2,8
Bari / 4	6,4		10,9	22,1		34,9	84,0	3,2
Bari / 5	14,9		19,4	50,3		63,0	130,2	3,2
Brindisi	8,9	4,5	13,4	29,2	12,7	41,9	87,0	3,1
Foggia / 1	8,4		13,0	23,2		36,0	79,4	2,8
Foggia / 2	7,2		11,7	22,0		34,8	74,1	3,0
Foggia / 3	4,4		8,9	15,7		28,5	70,5	3,2
Lecce / 1	9,9		14,4	33,6		46,4	99,4	3,2
Lecce / 2	14,6		19,1	49,0		61,7	125,3	3,2
Taranto	6,3		10,8	21,0		33,8	73,7	3,1
Media regionale	9,2	4,5	13,7	29,5	12,7	42,3	92,3	3,1
Media nazionale	11,5	4,7	16,3	37,3	14,1	51,4	108,4	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.17.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Bari / 1	1.087	1.480	5,5	45.500
Bari / 2	1.058	1.194	5,2	44.000
Bari / 3	2.104	2.523	4,8	45.100
Bari / 4	1.074	1.141	5,7	50.200
Bari / 5	1.056	998	5,0	44.800
Brindisi	1.074	1.309	5,3	39.400
Foggia / 1	1.046	1.300	5,2	38.800
Foggia / 2	1.012	1.920	5,7	41.600
Foggia / 3	1.017	1.455	5,2	42.300
Lecce / 1	1.030	1.117	6,1	41.300
Lecce / 2	1.039	1.385	5,7	48.200
Taranto	959	1.401	5,9	41.500
Media regionale	1.064	1.324	5,5	43.800
Media nazionale	1.034	1.261	5,0	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.18. Basilicata

home

3.18.1. Contesto demografico

La Basilicata ha una popolazione di 609.095 abitanti (dati Istat, 1997) che fa capo per l'assistenza sanitaria a 5 diverse Aziende Usl, la più popolosa delle quali è quella del capoluogo, con oltre 200.000 abitanti (tav.3.18.1.).
L'Azienda Usl Lagonegro, con poco più di 81.000 abitanti, è l'Azienda Usl di dimensioni più ridotte, ma solo un'altra Azienda Usl, quella di Matera, supera i 100.000 abitanti.
Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, primo elemento per la definizione delle caratteristiche della domanda di sanità, la regione presenta una situazione demografica abbastanza in linea con quanto si riscontra nella maggioranza delle regioni del Sud.
Il dato sull'incidenza di popolazione fino a 14 anni sul totale appare decisamente superiore (17,3%) rispetto a quello fatto registrare a livello nazionale (14,6%), mentre appare più ridotta (anche se in modo meno marcato) la quota di anziani sul totale (16,6% contro il 17,3% nazionale).
Tuttavia all'interno della regione si possono evidenziare alcune situazioni specifiche. L'Azienda Usl di Lagonegro presenta la più bassa incidenza di popolazione giovanile in ambito regionale (15,8%), a fronte di uno dei due dati regionali più consistenti in relazione alla presenza di anziani sul totale (18,2%). L'Azienda Usl di Lagonegro appare dunque più "anziana" rispetto alle aree limitrofe, considerando, tra l'atro che, insieme con l'Azienda Usl di Venosa – il dato in questo caso è pari al 18,3% di anziani sul totale, compensato, tuttavia, da una più elevata incidenza di popolazione giovanile (17,4%) – presenta un'incidenza di popolazione anziana superiore anche alla media nazionale pari al 17,3%.
Al contrario è l'Azienda Usl di Matera ad apparire caratterizzata da una struttura della popolazione in cui prevale la componente giovanile: a fronte del 18% di giovani fino a 14 anni sul totale si evidenzia la quota di anziani più bassa riscontrabile a livello regionale (14,9%). Di conseguenza, particolarmente basso in questa Azienda Usl è il valore dell'indice di vecchiaia, 82,4 per 100 a fronte di un valore regionale (96,0 per 100) già inferiore alla media nazionale del 118,0 per 100. Solo in due Aziende Usl (Lagonegro e Venosa) il rapporto tra anziani e giovani risulta favorevole ai primi.
Coerentemente con tale quadro demografico, il tasso di mortalità (9 per 1.000 a livello regionale contro il valore nazionale del 9,8 per 1.000) è più alto anche rispetto al dato medio italiano solo nell'Azienda Usl di Lagonegro mentre quello di natalità, pari al 10 per 1.000, supera quello di mortalità, con l'unica esclusione di Lagonegro, il cui valore è più basso (8,7 per 1.000) anche rispetto al dato nazionale (9,4).
Anche il numero di bimbi per 100 donne in età feconda è più elevato (23,9 per 100 donne) rispetto al valore nazionale del 22,0 per 100, con due Aziende Usl, quella di Venosa e quella di Lagonegro, al si sopra della stessa media regionale.

Il dato sul numero medio di componenti delle famiglie è pari a livello regionale a 2,9 con la punta di Matera (3,0 componenti in media per nucleo familiare) a fronte di un dato nazionale di 2,7. Infine, con riferimento al tasso migratorio, il dato regionale supera quello nazionale per effetto del valore riscontrato nel capoluogo. Infatti sono particolarmente significative le differenziazioni a livello di singola Azienda Usl; si va dal saldo marcatamente negativo (-5,8 per 1.000 abitanti) dell'Azienda Usl di Montalbano Jonico a quello marcatamente positivo di Potenza (13,7) che rappresenta il polo di attrazione cittadino nell'ambito del territorio regionale a fronte di un tasso che in tutte le altre Aziende Usl è sempre negativo.

3.18.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della 2 province della regione, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, si differenzia in negativo rispetto al resto del Paese. I dati evidenziano infatti uno scarto in negativo nella regione con riferimento a tutti gli indicatori considerati (tav.3.18.2.).

Il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre, risulta pari a 42,7 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è particolarmente elevato sia con riferimento agli uomini (13,5 contro il 9 per 100 nazionale) che alle donne (27,8 contro il 16,2 per 100 nazionale), a fronte di un dato complessivo del 18,6 per 100 (contro l'11,7 per 100 nazionale). Inoltre, non si riscontrano marcate differenziazioni tra le due province. Più basso della media nazionale anche il dato che misura l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto pro-capite risulta pari a 21,3 milioni di lire contro la media nazionale di 31,6 milioni, anche in questo caso senza particolari differenze tra le province.

L'imponibile medio per residente è inferiore ai 9 milioni contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente. I depositi bancari pro-capite risultano pari a 11,2 milioni contro il valore nazionale di 17,6 milioni. È la provincia di Potenza a differenziarsi, seppure in modo limitato, come quella caratterizzata da un minore benessere economico.

3.18.3. Mortalità evitabile

Gli indicatori sulla mortalità evitabile, riferiti a tutte le cause, presentano valori meno elevati della media nazionale sia per quel che concerne gli uomini che le donne. Si registrano, infatti, 163,5 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 65,0 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9) (tav.3.18.3.).

Questa situazione si rileva a livello regionale con riferimento alle diverse tipologie analizzate, ma con significative differenziazioni tra le singole Aziende Usl. Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria ammontano a 104,9 per 100.000 per i maschi ed a 25,1 per le donne, a fronte di rispettivi dati nazionali più elevati (117,0 ogni 100.000 abitanti per gli uomini e 30,8 per le donne). Si rilevano, poi, le punte in negativo dell'Azienda Usl Lagonegro per quel che concerne gli uomini e dell'Azienda Usl di Venosa per le donne.

La differenza in positivo con i dati medi nazionali si riscontra anche per quel che concerne le morti evitabili con adeguati interventi di diagnosi precoce e terapia,

con l'estremo negativo dell'Azienda Usl Venosa per le donne (23,3 per 100.000). Al contrario, nel caso delle morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i dati della regione risultano equivalenti per gli uomini (56,6) e leggermente più elevati di quelli riscontrati a livello nazionale per le donne (23,5 per 100.000 contro 19,2) con significative differenziazioni tra le Aziende Usl. Si va dal dato più basso dell'Azienda Usl di Venosa al più elevato dell'Azienda Usl Montalbano Jonico, con riferimento al tasso maschile e dal più basso di Lagonegro al più alto di Montalbano Jonico per quel che concerne il tasso femminile.

3.18.4. Rete ospedaliera

L'offerta ospedaliera della regione consta di 4,6 posti letto per 1.000 abitanti tra pubblic e del privato accreditato a fronte di una media nazionale di 5,4. (Tav.3.18.5.). In particolare l'offerta pubblica si articola in 3 posti letto per 1.000 con riferimento agli ospedali delle Aziende Usl e in 1,5 per l'unico ospedale azienda. L'offerta degli istituti privati accreditati ammonta a 1 posto letto per 1.000 abitanti.
La disponibilità di posti letto è maggiore nel'Azienda Usl di Montalbano Jonico con riferimento ai pubblici (5,2 per 1.000 abitanti); l'offerta del privato accreditato invece è presente solo nell'Azienda Usl del capoluogo.
Sotto il profilo qualitativo la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata, ma è in generale più bassa della media nazionale con l'unica eccezione dei posti letto per specialità ad elevata assistenza. L'incidenza maggiore dei posti letto per specialità di base e a media assistenza si risconta nell'Azienda Usl in generale più dotata di posti letto (Montalbano Jonico) mentre i posti letto per specialità ad elevata assistenza e per terapia intensiva sono più presenti a Matera. Decisamente più alto della media regionale è il dato sulla disponibilità di posti per riabilitazione e lungodegenza nell'Azienda Usl di Lagonegro, caratterizzata per altro da un più elevato numero di anziani.
Il tasso di utilizzazione varia dal 72,3% dell'Azienda Usl di Lagonegro al 60,9% di Montalbano Jonico, a fronte di una media regionale (67,2%) più bassa del dato nazionale (74,8%).

3.18.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Con riferimento alla disponibilità di medici dipendenti del Ssn per abitanti, il dato complessivo risulta inferiore a quello medio nazionale (14,4 per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali) con una situazione di maggiore presenza nelle Aziende Usl Lagonegro (19,6 per 10.000) e Matera (18,4) (Tav. 3.18.5.).
La dotazione complessiva della risorsa infermieri appare anch'essa inferiore a quella nazionale (42 contro 51,4 per 10.000 abitanti) e variabile tra le Aziende Usl, con il dato più elevato ancora una volta riscontrabile nell'Azienda Usl Lagonegro ed il più basso a Potenza. La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è sempre inferiore rispetto al dato nazionale sia con riferimento agli ospedali delle Aziende Usl che alle aziende ospedaliere.
La disponibilità di infermieri per medico nella regione è più bassa rispetto al valore medio nazionale (2,9 contro 3,2 infermieri per medico) ma nell'Azienda Usl di Venosa arriva a 3,4 infermieri per medico. Il numero di dipendenti dell'Azienda Usl in rapporto alla popolazione, è più ridotto rispetto al dato nazio-

nale (95,3 per 10.000 abitanti a fronte di un valore nazionale di 108,4) con il più basso tasso riscontrabile nell'Azienda Usl di Potenza (56,7) ed il più alto nell'Azienda Usl di Matera (120,3)

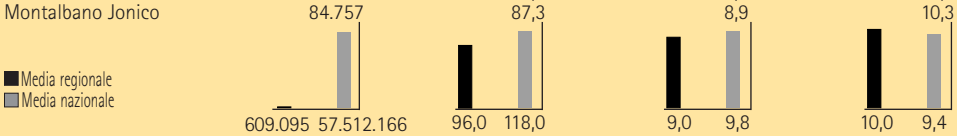
3.18. 6. Medicina di base

Il quadro della dotazione d'offerta con riferimento alla medicina di base evidenzia una disponibilità maggiore di medici di medicina generale in rapporto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale. In Basilicata si registra infatti un numero di adulti residenti per medico poco inferiore alla media nazionale, 962 adulti per medico a fronte di un valore nazionale di 1.034 (Tav. 3.18.6.).
Viceversa, con riferimento alla pediatria, la disponibilità di pediatri di base appare inferiore: sono 1.525 bambini (da 0 a 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base.
Sono riscontrabili differenze a livello di singola Azienda Usl, con una copertura meno fitta a livello di medicina di base nell'Azienda Usl di Montalbano Jonico con poco più di 1.000 adulti per medico.
Per quel che riguarda la pediatria di base le situazioni più problematiche si riscontano, secondo quanto rilevato dal Ministero della sanità, nell'Azienda Usl di Lagonegro.
A livello di attività prescrittiva, si registra nella regione un valore di 5,4 ricette per assistito, senza particolari variazioni tra le Aziende Usl in cui tale valore si mantiene comunque sempre superiore alla media nazionale (5,0). La spesa media per ricetta è inferiore a quella italiana (41.100 lire contro 43.900), ma in questo caso l'Azienda Usl con una spesa più basa è quella di Lagonegro (36.700 lire in media a ricetta).

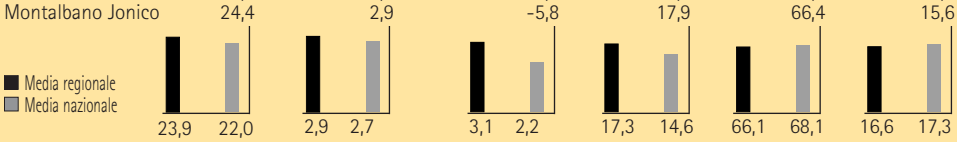
home

TAVOLA 3.18.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Venosa	99.120	104,8	9,6	10,9
Potenza	221.303	97,0	8,9	9,6
Lagonegro	81.153	115,4	9,9	8,7
Matera	122.763	82,4	8,3	10,7
Montalbano Jonico	84.757	87,3	8,9	10,3



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	25,6	2,9	-1,8	17,4	64,3	18,3
Potenza	23,6	2,8	13,7	17,1	66,3	16,6
Lagonegro	22,5	2,8	-1,7	15,8	66,0	18,2
Matera	23,6	3,0	-2,7	18,0	67,1	14,9
Montalbano Jonico	24,4	2,9	-5,8	17,9	66,4	15,6

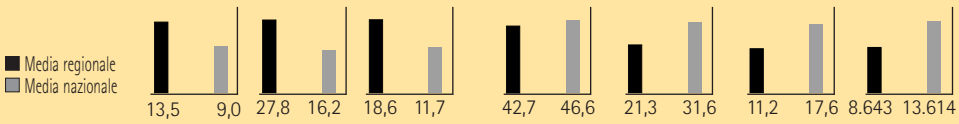


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.18.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attivita' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Potenza	13,1	27,5	18,2	42,4	21,2	10,7	8.594
Matera	14,5	28,3	19,2	43,4	21,5	12,2	8.738



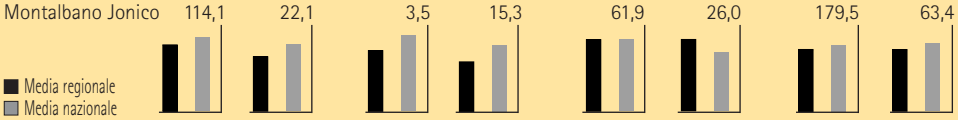
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.18.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Venosa	88,1	27,7	2,1	23,3	48,2	23,2	138,4	74,2
Potenza	105,8	24,5	1,1	15,8	56,4	22,6	163,3	62,9
Lagonegro	115,3	21,9	2,7	12,6	59,1	22,3	177,1	56,8
Matera	99,7	26,7	2,1	14,8	55,8	24,1	157,6	65,6
Montalbano Jonico	114,1	22,1	3,5	15,3	61,9	26,0	179,5	63,4

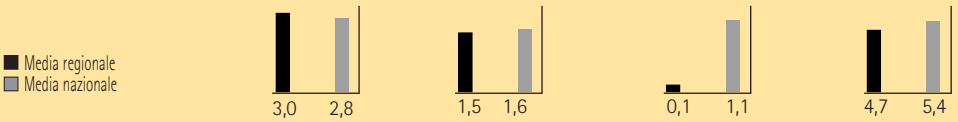


Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

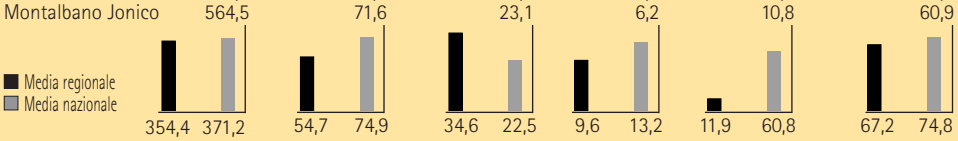
(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.18.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Venosa	4,1		-	5,6
Potenza	0,8		0,3	2,6
Lagonegro	3,7	1,5	-	5,2
Matera	4,3		-	5,8
Montalbano Jonico	5,2		-	6,8



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Venosa	438,9	67,2	36,2	12,3	8,6	69,1
Potenza	186,6	34,5	23,1	6,2	5,7	70,4
Lagonegro	395,6	55,1	23,1	8,7	38,2	72,3
Matera	415,8	69,2	69,5	16,8	9,0	65,3
Montalbano Jonico	564,5	71,6	23,1	6,2	10,8	60,9



Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.18.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Venosa	11,6		15,5	41,3		53,1	118,4	3,4
Potenza	5,1		9,0	12,8		24,7	56,7	2,7
Lagonegro	15,6	3,9	19,6	42,5	11,9	54,4	119,2	2,8
Matera	14,5		18,4	39,8		51,7	120,3	2,8
Montalbano Jonico	12,7		16,6	36,8		48,7	109,5	2,9

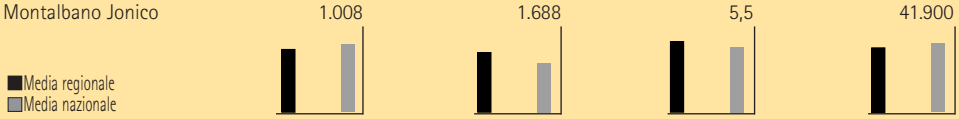
	Aziende Usl	Az. Osp.	Totale	Aziende Usl	Az. Osp.	Totale	Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
Media regionale	10,5	3,9	14,4	30,2	11,9	42,0	95,3	2,9
Media nazionale	11,5	4,7	16,3	37,3	14,1	51,4	108,4	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.18.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Venosa	974	1.439	5,7	41.600
Potenza	946	1.513	5,2	41.600
Lagonegro	924	3.201	5,6	36.700
Matera	977	1.165	5,3	42.600
Montalbano Jonico	1.008	1.688	5,5	41.900



	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Media regionale	962	1.525	5,4	41.100
Media nazionale	1.034	1.261	5,0	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.19. Calabria

home

3.19.1. Contesto demografico

La popolazione della regione, pari secondo i dati Istat 1997 a 2.072.575 abitanti, fa capo a 11 Aziende Usl, la più popolosa delle quali è quella di Cosenza con quasi 300.000 abitanti (tav.3.19.1). Altre due Aziende Usl superano i 250.000 abitanti (l'Azienda Usl di Reggio Calabria e quella di Catanzaro), mentre l'Azienda Usl di dimensioni più ridotte è quella di Castrovillari, con 112.000 abitanti. Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, che rappresenta un punto d'avvio importante per l'analisi delle caratteristiche della domanda di sanità, la regione Calabria dimostra una situazione in linea con quanto si riscontra nella maggioranza delle regioni del Meridione.
A livello regionale il dato sull'incidenza di popolazione fino a 14 anni sul totale appare significativamente superiore (18,5%) rispetto a quello fatto registrare a livello nazionale (14,6%), mentre è più ridotta la quota di anziani sul totale (15,4% contro il 17,3% nazionale). L'incidenza della popolazione giovanile supera sempre il dato nazionale in tutte le Aziende Usl, e risulta maggiore nell'Azienda Usl di Crotone (20,8%) mentre la quota di giovani sul totale è più bassa a Cosenza (17,3%), a Paola (17,4) e a Reggio Calabria (17,4%). Per quanto concerne l'incidenza di anziani, alcune punte rispetto alle media regionale si riscontano a Locri (con il 18,6% di anziani sul totale) e, di segno opposto, a Crotone (12,1%) che risulta così l'Azienda Usl più "giovane" della regione.
A livello regionale, risulta particolarmente basso il valore dell'indice di vecchiaia, 83,3 per 100 (a fronte di una media nazionale del 118,0 per 100) e ancora una volta il valore più ridotto si rileva nell'Azienda Usl di Crotone (58,2 anziani per 100 giovani fino ai 15 anni). Viceversa, il valore più elevato dell'indicatore che rapporta le generazioni estreme si riscontra nell'Azienda Usl di Locri, l'unica in cui il rapporto tra anziani e giovani risulta in equilibrio con i primi (103 per 100) e, di seguito, in quelle di Reggio Calabria (96,6 per 100) e di Paola e Castrovillari (92,3).
Il tasso di mortalità è più basso di quello nazionale (8,7 morti per 1.000 abitanti contro 9,8) ed è l'Azienda Usl di Locri a presentare il valore più alto (10,4 per 1.000) contro il valore minimo di Crotone (7,9 per 1.000). Il valore del tasso di natalità a livello regionale risulta pari a 10,4 per 1.000 contro il 9,4 nazionale, superato in tutte le Aziende Usl della regione con l'esclusione di quelle di Castrovillari e Cosenza. Il numero di bimbi per 100 donne in età feconda è di conseguenza piuttosto elevato in tutta la regione (25,0 per 100 donne, contro un valore nazionale del 22,0 per 100), con l'Azienda Usl di Palmi significativamente al di sopra della stessa media regionale (29,3). Il dato sul numero medio di componenti la famiglia (2,9) è anch'esso, sia pure di poco, superiore a quello nazionale (2,7) e più alto del valore regionale in ben 4 Aziende Usl (Crotone - 3,1 componenti in media per nucleo familiare - e Rossano, Catanzaro e Vibo Valentia con 3,0). Solo nell'Azienda Usl di Paola il valore coincide con quello nazionale. Infine, con riferimento al tasso migratorio, il dato regionale negativo (-3,2 per

1.000) evidenzia la presenza di fenomeni di emigrazione a fronte di un dato nazionale del 2,2 per 1.000. Si registrano, inoltre, significative differenziazioni a livello di singola Azienda Usl; si va dal saldo marcatamente negativo dell'Azienda Usl di Crotone (-8,1 per 1.000 abitanti) a quello di Paola (0,2 per 1.000) che è l'unico di segno postitivo.

3.19.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della 5 province della regione, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, appare negativamente connotata nel confronto con il resto del Paese (tav.3.19.2.).
Il tasso di attività, che rapporta gli appartenenti alle forze lavoro alla popolazione di 15 anni ed oltre, risulta pari a 41,3 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è particolarmente alto con riferimento agli uomini (18,3 contro il 9 per 100 nazionale), e ancor più nel caso del tasso femminile, con un dato regionale del 32,2 per 100 rispetto a quello medio nazionale pari a 16,2 per 100. Il dato complessivo regionale è del 23,1 per 100 (contro l'11,7 per 100 nazionale).
I maggiori problemi di disoccupazione sono presenti nella provincia di Reggio Calabria (25,7%), mentre la situazione meno problematica si riscontra nella provincia di Vibo Valentia (10,3).
Marcatamente più ridotto della media nazionale anche il dato che misura l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto procapite risulta pari a 18,5 milioni di lire rispetto alla media nazionale di 31,6, con una situazione leggermente migliore a Cosenza e Catanzaro.
L'imponibile medio per residente è di circa 7 milioni e 500 mila lire contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente, con le due province di Crotone e Vibo Valentia che non raggiungono i 7 milioni. I depositi bancari procapite risultano pari a 8,6 milioni di lire contro il valore nazionale di 17,6 milioni. Anche in questo caso le due province citate si differenziano in negativo mentre l'ammontare maggiore di depositi bancari per residente si riscontra a Catanzaro (10,6 milioni di lire).

3.19.3. Mortalità evitabile

Gli indicatori sulla mortalità evitabile, riferiti a tutte le cause, presentano valori più bassi della media nazionale sia per quel che concerne gli uomini che le donne. Si registrano, infatti, 156,6 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 66,4 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9 (tav.3.19.3).
I valori meno elevati si riscontrano nell'Azienda Usl di Vibo Valentia, per quel che concerne gli uomini, e a Catanzaro per le donne. Viceversa, più problematica appare la situazione delle morti evitabili riferite agli uomini a Locri ed alle donne nell'Azienda Usl di Palmi.
Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria ammontano a 100,9 per 100.000 per i maschi ed a 26,4 per le donne, a fronte di rispettivi dati nazionali più elevati (117,0 per gli uomini e 30,8 per le donne), con le punte in negativo dell'Azienda Usl di Locri per quel che concerne gli uomini (132,0 per 100.000) e quella di Palmi per le donne (32,4 per 100.000).
Una differenza complessivamente in positivo con i dati medi nazionali si riscon-

tra anche per quel che concerne le morti evitabili con adeguati interventi di diagnosi precoce e terapia (1,9 per 100.000 con riferimento agli uomini con l'estremo negativo dell'Azienda Usl di Lamezia Terme (3,9) e 18,3 per le donne con, ancora una volta, l'estremo dell'Azienda Usl di Palmi (25,7) a fronte di valori medi nazionali rispettivamente di 2,5 e 21,9)
Nel caso delle morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i dati della regione risultano leggermente più bassi di quelli riscontrati a livello nazionale per gli uomini (53,8 per 100.000) e più alti per le donne (21,7), contro valori rispettivamente pari a 56,6 e 19,2 per 100.000) e con differenziazioni tra le Aziende Usl che in negativo riguardano l'Azienda Usl di Catanzaro per gli uomini e quella di Rossano per le donne.

3.19.4. Rete ospedaliera

L'offerta ospedaliera della regione consta di 5,1 posti letto per 1.000 abitanti tra pubblici e del privato accreditato, a fronte di una media nazionale di 5,4 (Tav.3.19.5.). In particolare, l'offerta pubblica si articola in 2,3 posti letto per 1.000 abitanti degli ospedali delle Aziende Usl e in 1,2 delle Aziende Ospedaliere, contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 2,8 e 1,6. L'offerta degli istituti privati accreditati ammonta a 1,6 posti letto per 1.000 abitanti, contro l'1,1 per 1.000 abitanti della media italiana.
La disponibilità di posti letto è maggiore nell'Azienda Usl di Castrovillari e Locri con riferimento ai pubblici (4,5 per 1.000 abitanti) dove è assente l'offerta del privato accreditato; questa ultima tipologia di offerta risulta, invece, prevalente nelle Aziende Usl di Reggio Calabria e Cosenza (2,8 e 2,7).
Sotto il profilo qualitativo la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata con una maggiore incidenza dei posti letto per specialità di base nelle Aziende Usl di Crotone e Paola, per la media assistenza a Paola, per l'elevata assistenza a Crotone e per la terapia intensiva a Lamezia. A Catanzaro è prevalente l'offerta di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza.
In complesso la disponibilità di posti letto a livello regionale è sempre al di sotto della media nazionale. Il tasso di utilizzazione varia dal 60,3% dell'Azienda Usl di Crotone al 76,4% dell'Azienda Usl di Cosenza, a fronte di una media regionale (68,7%) più bassa del dato medio nazionale (74,8%).

3.19.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

Con riferimento alla disponibilità di medici dipendenti del Ssn per abitanti, il dato complessivo risulta superiore a quello medio nazionale (17,1 per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali) con una situazione di maggiore presenza nelle Aziende Usl di Palmi, Vibo e Castrovillari (Tav. 3.19.5.).
La disponibilità di medici dipendenti delle Aziende Usl risulta solo leggermente superiore rispetto a quella riscontrata a livello nazionale (11,9 per 10.000 contro 11,5) ed è più elevata anche quella dei medici dipendenti delle Aziende ospedaliere (5,1 contro 4,7). La dotazione complessiva della risorsa infermieri appare invece inferiore a quella nazionale (43,7 contro 51,4 per 10.000 abitanti) ed anch'essa variabile tra le Aziende Usl, con il dato più elevato riscontrabile nell'Azienda Usl di Locri (58,9 per 10.00 abitanti). La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è inoltre inferiore al dato nazionale con riferimento alla situazione delle aziende ospedaliere, mentre nel caso degli ospedali delle Azien-

de Usl, Locri, Palmi, Vibo Valentia e Crotone si situano al di sopra della media italiana. Anche la disponibilità di infermieri per medico è inferiore in generale il valore medio nazionale (2,6 contro 3,2 infermieri per medico) ed è più bassa nell'Azienda Usl di Vibo. Il numero di dipendenti delle Aziende Usl in rapporto alla popolazione, è di poco più elevato rispetto al dato nazionale (109,4 per 10.000 a fronte di un valore nazionale di 108,4) con il più basso valore riscontrabile nell'Azienda Usl di Cosenza (69,3) ed il più alto a Palmi (140,6).

3.19.6. Medicina di base

Il quadro della dotazione d'offerta con riferimento alla medicina di base evidenzia una disponibilità maggiore di medici di medicina generale in rapporto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale. In Calabria si registra infatti un numero di adulti residenti per medico inferiore alla media nazionale (974 adulti per medico a fronte di un valore nazionale di 1.034) (Tav. 3.19.6.).

Viceversa, con riferimento alla pediatria, la disponibilità di pediatri appare inferiore: sono 1.382 i bambini (da 0 a 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base.

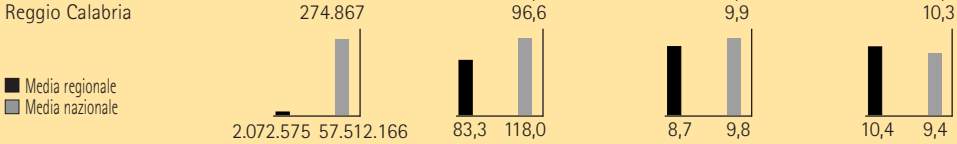
Sono riscontrabili differenze a livello di singola Azienda Usl, con una copertura più fitta a livello di medicina di base a Reggio Calabria con poco meno di 900 adulti per medico. Per quel che riguarda la pediatria di base la situazione più problematica si riscontra, secondo quanto rilevato dal Ministero della sanità, nell'Azienda Usl di Castrovillari.

A livello di attività prescrittiva, si registra nella regione un valore di 5,8 ricette per assistito, con il valore più basso di Cosenza (5,2) ed il più alto (6,3) di Palmi e di Rossano a fronte di una media nazionale pari a 5,0. La spesa media per ricetta è solo di poco superiore a quella italiana (45.600 lire contro 43.900), con le punte più elevate, vicine alle 50.000 lire di Palmi e Reggio Calabria.

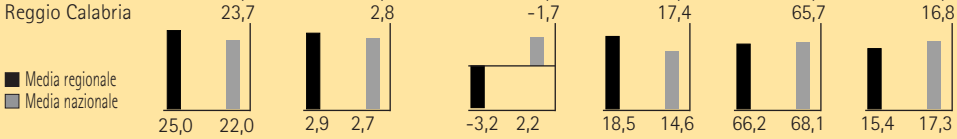
home

TAVOLA 3.19.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Paola	142.980	92,3	8,8	9,5
Castrovillari	112.723	92,3	9,4	9,0
Rossano	181.986	71,5	8,1	10,9
Cosenza	295.851	85,5	8,1	9,1
Crotone	197.440	58,2	7,9	11,6
Lamezia Terme	131.380	80,4	8,3	10,2
Catanzaro	252.506	82,5	8,4	10,2
Vibo Valentia	178.973	84,8	8,8	11,2
Locri	140.370	103,0	10,4	10,6
Palmi	163.502	78,5	8,4	12,2
Reggio Calabria	274.867	96,6	9,9	10,3



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	22,8	2,7	0,2	17,4	66,5	16,1
Castrovillari	23,7	2,9	-5,9	17,6	66,2	16,2
Rossano	24,7	3,0	-4,5	19,4	66,7	13,9
Cosenza	23,3	2,8	-0,9	17,3	68,0	14,8
Crotone	26,4	3,1	-8,1	20,8	67,1	12,1
Lamezia Terme	25,6	2,9	-0,8	18,9	65,9	15,2
Catanzaro	23,9	3,0	-2,7	18,2	66,7	15,0
Vibo Valentia	26,8	3,0	-4,2	18,9	65,1	16,0
Locri	26,9	2,8	-2,2	18,1	63,3	18,6
Palmi	29,3	2,9	-6,1	19,9	64,4	15,7
Reggio Calabria	23,7	2,8	-1,7	17,4	65,7	16,8

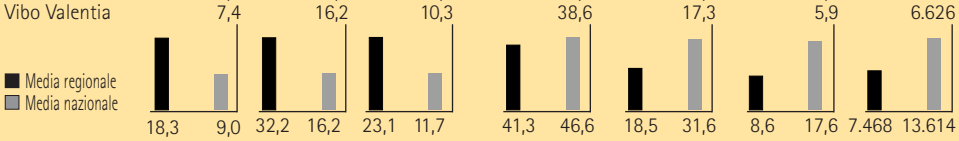


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.19.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Cosenza	17,2	35,1	23,1	40,5	19,2	8,6	7.378
Catanzaro	19,6	32,1	24,1	43,8	19,3	10,6	7.953
Reggio di Calabria	21,2	33,4	25,7	42,9	17,9	9,0	7.960
Crotone	21,0	30,6	23,6	37,1	17,1	6,1	6.057
Vibo Valentia	7,4	16,2	10,3	38,6	17,3	5,9	6.626



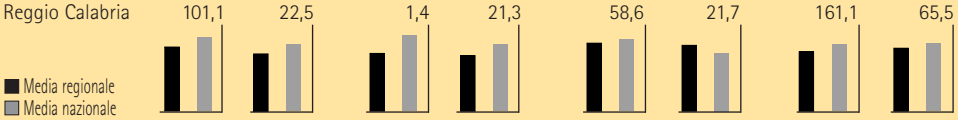
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.19.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Paola	104,4	26,6	1,3	20,2	47,2	21,0	152,9	67,8
Castrovillari	88,8	26,9	2,8	14,1	59,8	20,4	151,4	61,4
Rossano	90,8	29,7	0,4	15,8	53,1	25,5	144,3	71,0
Cosenza	85,9	22,2	2,3	20,5	49,5	21,4	137,7	64,1
Crotone	111,6	29,5	2,7	16,1	58,1	25,2	172,4	70,8
Lamezia Terme	102,9	25,1	3,9	16,9	47,9	21,6	154,7	63,6
Catanzaro	96,5	25,0	1,6	14,0	64,7	18,8	162,8	57,8
Vibo Valentia	88,4	29,1	1,8	15,9	45,0	21,9	135,2	66,9
Locri	132,0	28,5	0,7	19,6	54,1	24,9	186,8	73,0
Palmi	126,8	32,4	2,9	25,7	49,1	17,8	178,8	75,9
Reggio Calabria	101,1	22,5	1,4	21,3	58,6	21,7	161,1	65,5



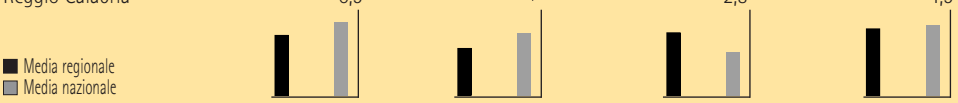
100,9 117,0 26,4 30,8 1,9 2,5 18,3 21,9 53,8 56,6 21,7 19,2 156,6 176,1 66,4 71,9

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

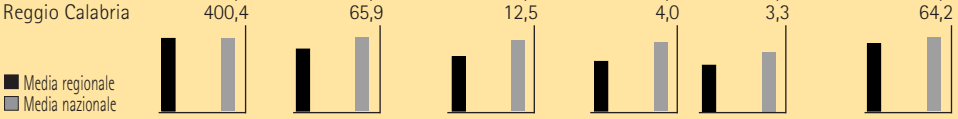
TAVOLA 3.19.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Paola	2,9		2,6	6,6
Castrovillari	4,5		-	5,7
Rossano	2,8		0,6	4,5
Cosenza	0,3		2,7	4,1
Crotone	3,4		2,5	7,0
Lamezia Terme	3,6	1,2	0,5	5,2
Catanzaro	0,9		2,4	4,5
Vibo Valentia	3,0		0,2	4,4
Locri	4,5		-	5,7
Palmi	2,9		0,8	4,8
Reggio Calabria	0,9		2,8	4,9



2,3 2,8 1,2 1,6 1,6 1,1 5,1 5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Paola	487,0	124,9	12,5	8,9	28,1	72,5
Castrovillari	440,1	70,9	12,5	4,0	38,8	67,3
Rossano	361,3	62,0	12,5	6,2	5,9	73,7
Cosenza	252,9	49,4	12,5	4,0	92,4	76,4
Crotone	493,7	69,8	36,8	11,1	90,6	60,3
Lamezia Terme	426,2	45,2	18,6	26,1	7,6	71,1
Catanzaro	255,3	58,6	12,5	4,0	116,7	70,3
Vibo Valentia	336,9	53,8	24,8	11,8	14,4	66,8
Locri	433,3	59,2	12,5	16,8	44,2	73,8
Palmi	365,5	53,4	24,7	20,5	16,8	63,0
Reggio Calabria	400,4	65,9	12,5	4,0	3,3	64,2



370,9 371,2 63,3 74,9 17,3 22,5 9,5 13,2 47,1 60,8 68,7 74,8

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.19.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Paola	12,5		17,7	35,5		47,7	112,8	2,7
Castrovillari	17,0		22,2	39,8		52,0	131,4	2,3
Rossano	13,9		19,0	32,5		44,6	111,3	2,3
Cosenza	3,9		9,1	13,6		25,8	69,3	2,8
Crotone	12,6		17,7	37,8		50,0	119,2	2,8
Lamezia Terme	14,8	5,1	20,0	36,8	12,1	48,9	110,8	2,4
Catanzaro	9,1		14,2	27,1		39,3	104,7	2,8
Vibo Valentia	17,7		22,9	38,3		50,5	137,2	2,2
Locri	15,5		20,7	46,8		58,9	140,0	2,9
Palmi	18,2		23,3	45,2		57,3	140,6	2,5
Reggio Calabria	8,3		13,4	21,5		33,6	84,9	2,5
Media regionale	11,9	5,1	17,1	31,6	12,1	43,7	109,4	2,6
Media nazionale	11,5	4,7	16,3	37,3	14,1	51,4	108,4	3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.19.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Paola	1.009	1.556	5,4	43.600
Castrovillari	939	2.201	5,9	43.700
Rossano	1.079	1.470	6,3	41.500
Cosenza	975	1.345	5,2	47.400
Crotone	965	1.643	6,2	44.400
Lamezia Terme	968	1.462	6,1	39.900
Catanzaro	970	1.244	5,4	46.400
Vibo Valentia	1.052	1.352	6,0	45.600
Locri	959	1.408	5,8	45.600
Palmi	1.015	1.165	6,3	48.600
Reggio Calabria	873	1.198	6,1	49.000
Media regionale	974	1.382	5,8	45.600
Media nazionale	1.034	1.261	5,0	43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.20. Sicilia

home

3.20.1. Contesto demografico

Nelle 9 Aziende Usl della regione Sicilia risulta ripartita una popolazione complessiva di 5.104.435 abitanti (dati Istat, 1997). Si tratta pertanto di Aziende Usl con una dimensione media di circa 560.000 residenti, valore che risulta quasi il doppio della dimensione media delle Aziende Usl registrata a livello nazionale (tav.3.20.1.).
Il territorio delle Aziende Usl coincide con quello delle province e l'Azienda Usl con il numero più alto di residenti (circa 1.250.000) è quella del capoluogo di regione seguita dall'Azienda Usl di Catania intorno ai 1.100.000 abitanti. L'Azienda Usl di dimensioni più ridotte è quella di Enna con 187.913 abitanti. Sotto il profilo della struttura d'età della popolazione, primo elemento per la definizione delle caratteristiche della domanda di sanità, la regione presenta una situazione demografica abbastanza in linea con quanto si riscontra nella maggioranza delle regioni del Sud. Il dato sull'incidenza di popolazione fino a 14 anni sul totale appare decisamente superiore (18,6%) rispetto a quello fatto registrare a livello nazionale (14,6%), mentre più ridotta risulta la quota di anziani sul totale (15,2% contro il 17,3% nazionale). Tuttavia all'interno della regione si possono evidenziare alcune situazioni specifiche. L'Azienda Usl di Messina può essere considerata, seppure in termini relativi, la più "anziana"; presenta, infatti, la più bassa incidenza di popolazione giovanile in ambito regionale (17%), a fronte di una presenza più consistente di anziani sul totale (17,7%).
Al contrario è l'Azienda Usl di Catania ad apparire caratterizzata da una struttura della popolazione in cui prevale la componente giovanile: a fronte del 19,6% di giovani fino a 14 anni sul totale si evidenzia la quota di anziani più bassa riscontrabile a livello regionale (13,8%). Di conseguenza, particolarmente basso in questa Azienda Usl è il valore dell'indice di vecchiaia, 70,7 per 100 a fronte di un valore regionale (81,6 per 100) già significativamente inferiore alla media nazionale del 118 per 100. Solo nell'Azienda Usl di Messina il rapporto tra anziani e giovani risulta favorevole ai primi (104,6 anziani di età superiore ai 64 per 100 giovani minori di 15 anni). Coerentemente con tale quadro demografico, il tasso di mortalità (9,2 per 1.000 a livello regionale contro il valore nazionale del 9,8 per 1.000) è più alto anche rispetto al dato medio italiano solo nelle Aziende Usl di Messina ed Enna mentre quello di natalità, pari a 11,3 per 1.000, supera quello di mortalità, con l'unica esclusione di Messina, il cui valore è, seppure leggermente, più basso (9,3 per 1.000) anche rispetto al dato nazionale (9,4). Anche il numero di bimbi per 100 donne in età feconda è più elevato (27 per 100 donne) rispetto al valore nazionale del 22 per 100, con tre Aziende Usl, quella di Catania, di Palermo e Caltanissetta, al si sopra della stessa media regionale. Il dato sul numero medio di componenti delle famiglie è pari, a livello regionale, a 2,8 con la punta di Palermo (3 componenti in media per nucleo familiare) a fronte di un dato nazionale di 2,7. Infine, con riferimento al tasso migratorio, il dato regionale è di segno negativo (-0,6 per 1.000). Sono particolarmente significative le differenziazioni a livello di singola

Azienda Usl; si va dal tasso marcatamente negativo (-6,8 per 1.000 abitanti) dell'Azienda Usl di Enna a quelli di Catania (1,7 per 1.000) e Ragusa (1,4 per 1.000) che sono gli unici con il segno positivo.

3.20.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della 9 province della regione, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, si differenzia in negativo rispetto al resto del Paese con riferimento all'insieme degli parametri presi in considerazione (tav.3.20.2.).

Il tasso di attività risulta pari a 40,8 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è particolarmente elevato sia con riferimento agli uomini (19,4 contro il 9 per 100 nazionale) che alle donne (33 contro il 16,2 per 100 nazionale), a fronte di un dato regionale del 23,4 per 100 (contro l'11,7 per 100 nazionale). La provincia con la situazione peggiore sotto questo profilo, segnalata da valori significativamente più elevati degli indicatori considerati, è quella di Enna a cui si contrappone la situazione di Ragusa che presenta, sotto il profilo della disoccupazione valori più contenuti, che rimangono tuttavia al di sopra della media nazionale.

Più basso della media nazionale anche il dato che misura l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto pro-capite risulta pari a 20,5 milioni di lire contro la media nazionale di 31,6 milioni, con le punte in positivo delle province di Ragusa e Messina che si collocano comunque anch'esse al di sotto della media nazionale. L'imponibile medio per residente è inferiore ai 9 milioni (8,544) contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente con i valori più bassi, meno di 8 milioni, ad Agrigento ed a Enna. I depositi bancari pro-capite risultano pari a 10,1 milioni di lire contro il valore nazionale di 17,6 milioni, e, in questo caso, è la provincia di Palermo a presentare il valore più elevato (11,7).

3.20.3. Mortalità evitabile

Gli indicatori sulla mortalità evitabile, riferiti a tutte le cause, presentano valori meno elevati della media nazionale per quel che concerne gli uomini e leggermente più elevati con riferimento alle donne. Si registrano, infatti, 168,5 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 74,9 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9 (tav.3.20.3).

In questo caso si rileva una punta negativa relativa agli uomini nell'Azienda Usl di Caltanissetta, mentre con riferimento alle donne il tasso più elevato si registra nell'Azienda Usl di Enna. Viceversa la mortalità evitabile meno elevata si riscontra, per gli uomini, nell'Azienda Usl di Messina e per le donne in quella di Trapani.

Considerando le diverse categorie di morti per cause evitabili, rispettivamente evitabili o riducibili grazia ad interventi sugli stili di vita, ad interventi di diagnosi e terapia precoce, o collegati ai problemi connessi con la strutturazione ed il funzionamento dell'organizzazione sanitaria, si evidenzia:

• per quel che concerne le morti evitabili grazie ad interventi di prevenzione primaria, i dati relativi alla regione nel suo complesso appaiono più bassi di quelli fatti registrare a livello nazionale; sono, infatti, rispettivamente pari a 106,0 per gli uomini ed a 30,0 per le donne a fronte di dati medi nazionali superiori (117,0

e 30,8 per 100.000 abitanti). Inoltre, di nuovo si evidenzia, in negativo, la situazione di Caltanissetta per quel che concerne il tasso maschile (117,5 per 100.000), mentre con riferimento alla mortalità evitabile femminile il tasso più elevato si riscontra nell'Azienda Usl di Enna (33,8);

• con riferimento ai decessi dovuti alla carenza di diagnosi precoce e terapia, i dati della Sicilia appaiono sostanzialmente in linea rispetto alle medie nazionali: 2,1 contro 2,5 per i maschi e 21,9 identico alla media nazionale per le femmine, con punte in positivo riscontrabili per gli uomini a Caltanissetta e per le donne a Enna;

• infine, le morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene ed assistenza sanitaria evidenziano una situazione regionale meno positiva rispetto a quella nazionale, con valori più elevati su entrambi i tassi nell'Azienda Usl di Enna.

3.20.4. Rete ospedaliera

L'offerta ospedaliera della regione consta di 4,6 posti letto per 1.000 abitanti tra pubblici e quelli del privato accreditato a fronte di una media nazionale di 5,4 (Tav.3.20.4.).

In particolare:

• la disponibilità di posti letto negli ospedali delle Aziende Usl risulta meno ampia rispetto alla media nazionale (1,5 posti letto per 1.000 contro una media nazionale del 2,7);

• quella relativa ai posti letto delle Aziende ospedaliere è più elevata (2,2 per 1.000 abitanti contro 1,6);

• è più bassa quella degli Istituti privati accreditati (0,9 per 1.000 contro l'1,1 nazionale).

Come sempre è possibile rilevare alcune significative variazioni a livello di singola Azienda Usl. Complessivamente, la disponibilità di posti letto è maggiore nell'Azienda Usl di Palermo (5,2 per 1.000) e più limitata in quella di Agrigento (3,6). Con riferimento all'offerta negli ospedali delle Aziende Usl si registra una prevalenza nell'Azienda Usl di Ragusa (2,6) e la minore presenza in quella di Catania (1,0 per 1.000).

L'offerta di posti letto del privato accreditato, invece, è più ampia nell'Azienda Usl del capoluogo (1,5) ed è del tutto assente nelle Aziende Usl di Enna e Ragusa.

Sotto il profilo qualitativo, la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata a livello di singola Azienda Usl, ma è, in generale, più bassa della media nazionale nel caso dei posti letto per specialità di base (311,8 per 100.000 contro il dato nazionale di 371,2), e soprattutto per i letti di riabilitazione e lungodegenza (29,6 per 100.000 contro 60,8), è sostanzialmente equivalente con riferimento ai posti letto per specialità ad elevata assistenza (22,3 e 22,5), mentre è leggermente superiore nel caso dei posti letto per specialità a media assistenza (76,3 contro 74,3) e per terapia intensiva (15,7 posti letto contro i 13,2 per 100.000 abitanti presenti a livello nazionale).

La maggiore presenza di posti letto per specialità di base si riscontra nell'Azienda Usl di Messina, mentre l'offerta di posti letto per specialità a media assistenza, ad elevata assistenza e per terapia intensiva è più consistente a Palermo.

In questa Azienda Usl è decisamente più alto della media regionale anche il dato sulla disponibilità di posti per riabilitazione e lungodegenza (68,0 contro 60,8), mentre la più deficitaria sotto questo profilo è la situazione dell'Azienda Usl di Agrigento con soli 10,8 posti letto per 100.000 abitanti.

Il tasso di utilizzazione varia dal 67,3% dell'Azienda Usl di Palermo al 79,5% di quella di Ragusa, a fronte di una media regionale (70,9%) più bassa del dato nazionale (74,8%).

3.20.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

La disponibilità di medici dipendenti del Ssn per abitanti risulta complessivamente superiore a quella fatta registrare a livello nazionale (17,2 medici per 10.000 abitanti contro i 16,3 nazionali) con una situazione di maggiore presenza nell'Azienda Usl di Enna (22,1 per 10.000) e di minore in quella di Catania (14,6). (tav.3.20.5). La dotazione complessiva della risorsa infermieri appare invece inferiore a quella nazionale (38,4 contro 51,4 per 10.000 abitanti) e variabile tra le Aziende Usl, con il dato più elevato riscontrabile nell'Azienda Usl Ragusa ed il più basso a Catania. La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è sempre inferiore rispetto al dato nazionale con riferimento alla situazione degli ospedali delle Aziende Usl (19,8 per 100.000 contro 37,3), mentre è più elevata nelle aziende ospedaliere (18,5 contro 14,1).
La disponibilità di infermieri per medico nella regione è più bassa rispetto al valore medio nazionale (2,2 contro 3,2 infermieri per medico), con la punta in negativo fatta registrare nell'Azienda Usl di Enna con 1,9 infermieri per medico.
Il numero di dipendenti Aziende Usl in rapporto alla popolazione, è più ridotto rispetto al dato nazionale (93,7 per 10.000 a fronte di un valore nazionale di 108,4) con il più basso tasso riscontrabile nell'Azienda Usl di Agrigento (82,9) ed il più alto nell'Azienda Usl di Ragusa (116,5).

3.20.6. Medicina di base

Per quel che concerne la medicina di base, il quadro della dotazione d'offerta evidenzia una disponibilità lievemente minore di medici di medicina generale in rapporto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale. Si registra infatti un numero di adulti residenti per medico poco superiore alla media nazionale, 1.054 adulti a fronte di un valore nazionale di 1.034 (Tav. 3.20.6.). Viceversa, con riferimento alla pediatria, la disponibilità di pediatri di base appare superiore alla media nazionale con 1.174 bambini (da 0 a 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di un valore nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base. Sono riscontrabili differenze a livello di singola Azienda Usl, con una copertura più fitta a livello di medicina di base nelle Aziende Usl di Enna (993 adulti per medico) e Messina (999). Per quel che riguarda la pediatria di base la situazione di maggiore copertura si riscontra nell'Azienda Usl di Siracusa, con meno di 1.000 bambini per pediatra, mentre ad Agrigento si conta un pediatra di base per 1.430 bambini. A livello di attività prescrittiva, si registra nella regione un valore di 6,1 ricette per assistito, in tutte le Aziende Usl sempre superiore alla media nazionale pari a 5,0. In questo caso il valore più alto si registra nell'Azienda Usl di Siracusa (6,7 ricette per assistito) e il più basso (5,7) a Trapani. La spesa media per ricetta è inferiore a quella italiana (42.700 lire contro 43.900), e l'Azienda Usl con la spesa più bassa è quella di Catania (38.500 lire in media a ricetta) contro il valore più alto registrato a Messina (48.400).

home

TAVOLA 3.20.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Agrigento	468.361	84,2	9,3	11,6
Caltanissetta	284.190	78,8	9,6	12,2
Catania	1.095.122	70,7	8,4	11,6
Enna	187.913	92,8	10,7	11,3
Messina	678.466	104,6	10,2	9,3
Palermo	1.249.184	73,6	9,1	12,2
Ragusa	300.203	89,4	9,2	11,5
Siracusa	405.727	77,7	8,9	10,1
Trapani	435.272	94,6	9,6	10,9
Media regionale	5.104.435	81,6	9,2	11,3
Media nazionale	57.512.166	118,0	9,8	9,4

Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	26,8	2,9	-3,3	18,6	65,7	15,7
Caltanissetta	27,5	2,7	-0,3	19,1	65,8	15,1
Catania	28,1	2,8	1,7	19,6	66,6	13,8
Enna	26,7	2,8	-6,8	18,1	65,0	16,8
Messina	25,4	2,6	-	17,0	65,3	17,7
Palermo	27,8	3,0	-1,0	19,3	66,4	14,2
Ragusa	27,0	2,7	1,4	18,1	65,8	16,2
Siracusa	25,9	2,8	-2,3	18,5	67,2	14,3
Trapani	25,3	2,9	-1,3	17,5	65,9	16,6
Media regionale	27,0	2,8	-0,6	18,6	66,1	15,2
Media nazionale	22,0	2,7	2,2	14,6	68,1	17,3

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.20.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività' x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Trapani	15,0	23,7	17,5	41,2	19,0	10,3	8.381
Palermo	23,9	34,2	26,8	39,2	22,0	11,7	9.262
Messina	26,1	36,8	30,0	46,2	23,5	9,6	9.366
Agrigento	12,3	23,0	15,2	35,9	16,5	10,3	7.031
Caltanissetta	17,8	39,6	23,1	39,2	17,5	10,9	8.238
Enna	25,7	42,6	30,7	39,8	18,1	8,0	7.431
Catania	18,9	35,6	24,0	41,2	18,9	9,0	8.224
Ragusa	11,3	23,0	14,3	37,7	24,0	10,4	8.016
Siracusa	12,3	31,0	17,8	45,0	21,6	8,1	8.886
Media regionale	19,4	33,0	23,4	40,8	20,5	10,1	8.545
Media nazionale	9,0	16,2	11,7	46,6	31,6	17,6	13.614

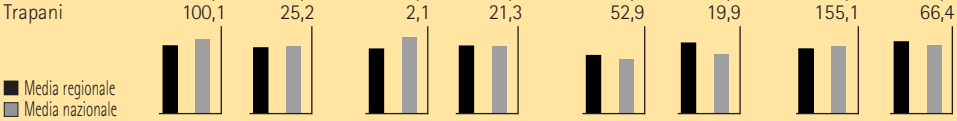
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.20.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Agrigento	105,9	26,7	2,5	22,4	52,0	20,3	160,4	69,4
Caltanissetta	117,5	30,3	1,2	18,8	67,8	22,5	186,5	71,6
Catania	115,0	29,0	1,9	22,8	66,3	25,8	183,2	77,6
Enna	95,1	33,8	2,6	17,9	72,6	29,0	170,3	80,7
Messina	95,2	29,6	1,9	21,1	55,4	20,0	152,5	70,7
Palermo	108,2	33,0	2,6	22,8	61,6	22,9	172,4	78,7
Ragusa	99,9	27,7	2,6	25,4	54,7	22,5	157,2	75,6
Siracusa	103,2	32,5	1,5	20,5	62,0	26,0	166,7	79,0
Trapani	100,1	25,2	2,1	21,3	52,9	19,9	155,1	66,4

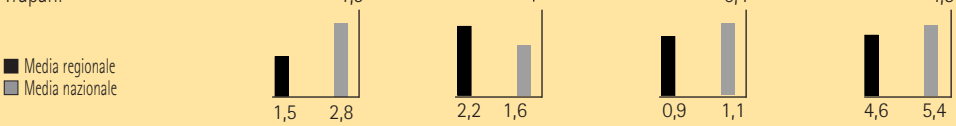


Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

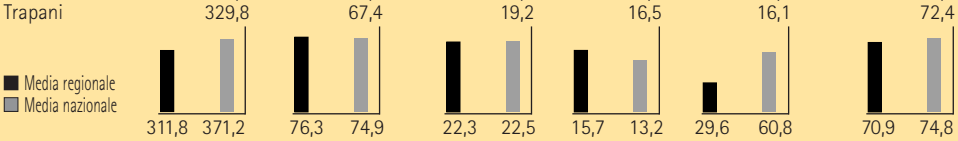
(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.20.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Agrigento	1,0		0,3	3,6
Caltanissetta	1,5		0,7	4,4
Catania	1,0		0,9	4,1
Enna	2,2		-	4,4
Messina	1,5	2,2	1,0	4,7
Palermo	1,5		1,5	5,2
Ragusa	2,6		-	4,8
Siracusa	1,5		0,8	4,5
Trapani	1,9		0,4	4,5



Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Agrigento	251,9	64,1	16,9	12,1	10,8	75,3
Caltanissetta	327,5	60,5	16,9	12,1	22,2	71,4
Catania	292,3	75,3	19,5	15,1	12,3	68,4
Enna	324,1	66,4	25,9	12,1	12,2	71,3
Messina	354,6	70,9	22,1	13,3	12,0	73,7
Palermo	314,5	93,4	28,7	20,0	68,0	67,3
Ragusa	333,0	71,6	22,9	13,4	39,4	79,5
Siracusa	301,8	79,0	21,6	16,6	29,8	72,4
Trapani	329,8	67,4	19,2	16,5	16,1	72,4



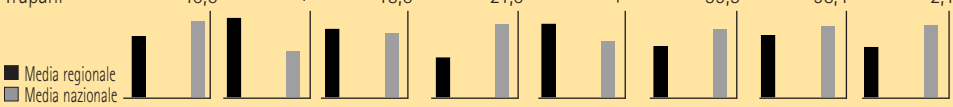
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.20.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Agrigento	6,9		14,9	16,4		34,9	82,9	2,3
Caltanissetta	8,8		16,8	17,7		36,3	87,7	2,2
Catania	6,5		14,6	15,6		34,1	84,0	2,3
Enna	14,0		22,1	24,5		43,0	111,3	1,9
Messina	11,4	8,0	19,5	23,6	18,5	42,1	103,2	2,2
Palermo	9,3		17,4	19,3		37,9	91,7	2,2
Ragusa	12,1		20,1	30,4		48,9	116,5	2,4
Siracusa	9,2		17,2	20,9		39,4	96,2	2,3
Trapani	10,6		18,6	21,0		39,5	98,4	2,1



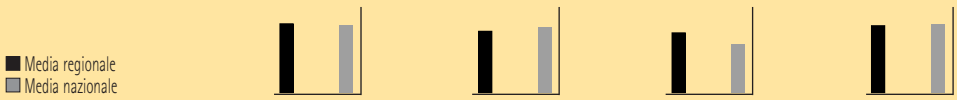
9,2 11,5 8,0 4,7 17,2 16,3 19,8 37,3 18,5 14,1 38,4 51,4 93,7 108,4 2,2 3,2

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.20.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Agrigento	1.022	1.430	6,1	45.900
Caltanissetta	1.069	1.358	5,8	45.200
Catania	1.105	1.094	6,3	38.500
Enna	993	1.420	5,9	46.000
Messina	999	1.264	5,9	48.400
Palermo	1.077	1.150	6,1	40.200
Ragusa	1.079	1.023	5,9	46.000
Siracusa	1.006	973	6,7	40.300
Trapani	1.047	1.294	5,7	45.200



1.054 1.034 1.174 1.261 6,1 5,0 42.700 43.900

Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

3.21. Sardegna

home

3.21.1. Contesto demografico

La Sardegna ha una popolazione di 1.662.192 abitanti (dati Istat, 1997) che fa capo per l'assistenza sanitaria a 8 diverse Aziende Usl, la più popolosa delle quali è quella del capoluogo, con circa 480.000 abitanti, a cui fa seguito l'Azienda Usl di Sassari con oltre 338.000 abitanti (tav.3.21.1.).
L'Azienda Usl Lanusei è quella di dimensioni più ridotte (59.981 abitanti), ma solo un'altra Azienda Usl, quella di Nuoro, supera i 200.000 abitanti.
La Sardegna è caratterizzata da una struttura d'età della popolazione abbastanza in linea con quanto si riscontra nella maggioranza delle regioni del Sud anche se appare in controtendenza l'andamento della natalità.
Il dato sull'incidenza di popolazione anziana sul totale appare decisamente inferiore(14,3%) rispetto a quello fatto registrare a livello nazionale (17,3%), mentre appare più ampia (anche se in modo meno marcato) la quota di giovani sul totale (15,5% contro il 14,6% nazionale). Tuttavia all'interno della regione si possono evidenziare alcune situazioni specifiche. L'Azienda Usl di Cagliari presenta la più bassa incidenza di popolazione anziana in ambito regionale (11,9%), a fronte del valore più elevato (72,4%) relativo alla popolazione adulta (15-64 anni). Il dato sull'incidenza di popolazione giovanile appare invece poco differenziato tra le diverse Aziende Usl e oscilla dal 15% di Sassari al 16,2 di Lanusei e Sanluri.
Di conseguenza, il valore dell'indice di vecchiaia risulta inferiore a quello della media nazionale, 92,3 per 100 a fronte di un valore nazionale del 118 per 100. Solo in tre Aziende Usl (Sassari Nuoro e Oristano) il rapporto tra anziani e giovani risulta favorevole ai primi.
Il tasso di mortalità (8,2 per 1.000 a livello regionale contro il valore nazionale del 9,8 per 1.000) si avvicina al dato medio italiano solo nell'Azienda Usl di Oristano, mentre quello di natalità, pari a 8,3 per 1.000, supera di pochissimo quello di mortalità, ma è più basso della media nazionale (9,4).
La punta in negativo si riscontra nell'Azienda Usl di Sassari (7,7 nati vivi per 1.000 abitanti), e solo nell'Azienda Usl di Lanusei supera la media nazionale (9,6 per 1.000). Anche il numero di bimbi per 100 donne in età feconda è meno elevato (19,2 per 100 donne) rispetto al valore nazionale del 22,0 per 100, con due Aziende Usl, quella di Carbonia e quella di Cagliari, al di sotto della stessa media regionale.
Il dato sul numero medio di componenti delle famiglie è pari a livello regionale a 2,9 con la punta di Sassari (3,1 componenti in media per nucleo familiare) e Sanluri e Carbonia (3,0), a fronte di un dato nazionale di 2,7.
Infine, con riferimento al tasso migratorio, il dato regionale risulta negativo (-1,0 per 1.000 abitanti), con significative differenziazioni a livello di singola Azienda Usl; si va dal saldo marcatamente negativo (-5,9 per 1.000 abitanti) dell'Azienda Usl di Carbonia a quello altrettanto marcatamente positivo di Olbia (+5,8 per 1.000) che rappresenta un polo di attrazione cittadino nell'ambito del territorio regionale.

3.21.2. Contesto economico (provinciale)

La situazione economica della 4 province della regione, così come emerge dall'analisi degli indicatori utilizzati, si differenzia in negativo rispetto al resto del Paese (tav.3.21.2.). Il tasso di attività risulta pari a 44,5 per 100 a fronte di un dato nazionale del 46,6 per 100 ed il tasso di disoccupazione è particolarmente elevato sia con riferimento agli uomini (14,8 contro il 9 per 100 nazionale) che alle donne (30,1 contro il 16,2 per 100 nazionale), a fronte di un dato complessivo del 20 per 100 (contro l'11,7 per 100 nazionale). Inoltre, la provincia più colpita dalla disoccupazione maschile è quella di Cagliari, mentre quella con il tasso inferiore femminile è l'Azienda Usl di Nuoro.
Più basso della media nazionale anche il dato che misura l'apporto complessivo della regione alla produzione di ricchezza nazionale: il valore aggiunto pro-capite risulta pari a 22,3 milioni di lire contro la media nazionale di 31,6 milioni, con la differenza in positivo per le province di Sassari e Cagliari e quella in negativo per le restanti due province (Nuoro e Oristano).
L'imponibile medio per residente è di poco inferiore ai 10 milioni di lire contro un dato nazionale che fa riferimento ad un imponibile di 13,614 milioni in media per residente, mentre supera il valore medio regionale a Sassari e Cagliari.
I depositi bancari pro-capite risultano pari a 11,2 milioni contro il valore nazionale di 17,6 milioni, un valore più alto della media regionale si riscontra solo nel capoluogo con 11,7 milioni.

3.21.3. Mortalità evitabile

Gli indicatori sulla mortalità evitabile, riferiti a tutte le cause, presentano valori più elevati della media nazionale per quel che concerne gli uomini e più bassi per le donne. Si registrano, infatti, 191,6 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti di sesso maschile e 65,8 morti per le donne contro valori medi nazionali rispettivamente pari a 176,1 e a 71,9 (tav.3.21.3.).
Questa situazione si rileva a livello regionale anche con riferimento alle diverse tipologie analizzate, con l'unica esclusione delle morti evitabili collegabili a carenze nella diagnosi precoce e nella terapia. Inoltre sono riscontrabili significative differenziazioni tra le singole Aziende Usl.
Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria ammontano a 130,8 per 100.000 per i maschi ed a 26,2 per le donne, a fronte di rispettivi dati nazionali più bassi per gli uomini (117,0 ogni 100.000 abitanti) e più elevati per le donne (30,8). Si rilevano, poi, le punte in negativo dell'Azienda Usl di Sanluri sia per quel che concerne gli uomini che per le donne.
Solo nel caso delle morti evitabili con adeguati interventi di diagnosi precoce e terapia la differenza in negativo con i dati medi nazionali si riscontra sia per gli uomini che per le donne, con l'estremo negativo dell'Azienda Usl di Olbia con riferimento ai tassi relativi agli uomini ed all'Azienda Usl di Oristano per le donne. Nel caso delle morti evitabili attribuibili a carenze nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i dati della regione risultano di nuovo leggermente più elevati di quelli riscontrati a livello nazionale per gli uomini (58,2 per 100.000 contro 56,6) e più bassi per le donne (17,3 contro 19,2 per 100.000), con significative differenziazioni tra le Aziende Usl. Si va dal dato più basso dell'Azienda Usl di Lanusei al più elevato dell'Azienda Usl di Sassari con riferimento al tasso maschile e dal più basso di Lanusei al più alto di Olbia per quel che concerne il tasso femminile.

home

3.21.4. Rete ospedaliera

L'offerta ospedaliera della regione consta di 5,2 posti letto per 1.000 abitanti tra pubblici e privato accreditato a fronte di una media nazionale di 5,4 (Tav.3.21.4.). In particolare, l'offerta pubblica si articola in 3,7 posti letto per 1.000 con riferimento agli ospedali delle Aziende Usl (più alta della media nazionale) e in 0,5 (più ridotta rispetto al dato nazionale) per l'unica Azienda ospedaliera. L'offerta degli istituti privati accreditati ammonta a 1 posto letto per 1.000 abitanti ed è anch'essa più limitata rispetto al valore italiano nel suo complesso.
La disponibilità di posti letto è maggiore nell'Azienda Usl di Carbonia con riferimento ai pubblici negli ospedali delle Aziende Usl (5,5 per 1.000 abitanti); l'offerta del privato accreditato invece è assente in 4 Aziende Usl (Olbia, Nuoro, Sanluri e Carbonia). A Cagliari si riscontra la dotazione maggiore complessiva (6,5 posti letto per 1.000 abitanti).
Sotto il profilo qualitativo la dotazione di offerta ospedaliera appare piuttosto diversificata, ma è in generale più bassa della media nazionale con l'unica eccezione dei posti letto per specialità di base. L'incidenza maggiore dei posti letto per specialità di base si risconta nelle Aziende Usl di Lanusei e Carbonia.
È l'Azienda Usl di Cagliari la più dotata di posti letto per tutte le altre tipologie considerate.
Il tasso di utilizzazione varia dal 77,1 % dell'Azienda Usl di Sanluri al 55,7% di Lanusei, a fronte di una media regionale (66%) più bassa del dato nazionale (74,8%).

3.21.5. Medici ed infermieri dipendenti delle Aziende Usl

La disponibilità di medici dipendenti del Ssn per abitanti risulta pari a livello regionale a 20,8 dato superiore a quello medio nazionale (16,3 nazionali per 10.000 abitanti) con una situazione di maggiore presenza nelle Aziende Usl di Cagliari (24 per 10.000) e Sassari (23,8) (Tav.3.21.5.).
La dotazione complessiva della risorsa infermieri appare anch'essa superiore a quella nazionale (53,9 contro 51,4 per 10.000 abitanti) e variabile tra le Aziende Usl, con il dato più elevato riscontrabile nell'Azienda Usl di Sassari ed il più basso a Sanluri. La disponibilità di infermieri in rapporto agli abitanti è superiore rispetto al dato nazionale con riferimento alla situazione degli ospedali delle Aziende Usl con 49,3 infermieri dipendenti per 10.000 abitanti ed inferiore con riferimento alla dotazione nelle aziende ospedaliere (4,6 contro 14,1).
La disponibilità di infermieri per medico nella regione è più bassa rispetto al valore medio nazionale (2,6 contro 3,2 infermieri per medico) ma nell'Azienda Usl di Sassari arriva a 3 infermieri per medico. Il numero di dipendenti Aziende Usl in rapporto alla popolazione, è più elevato rispetto al dato nazionale (124,3 per 10.000 a fronte di un valore nazionale di 108,4) con il più basso tasso riscontrabile nell'Azienda Usl di Sanluri (62,9) ed il più alto nell'Azienda Usl di Sassari (151,6).

3.21. 6. Medicina di base

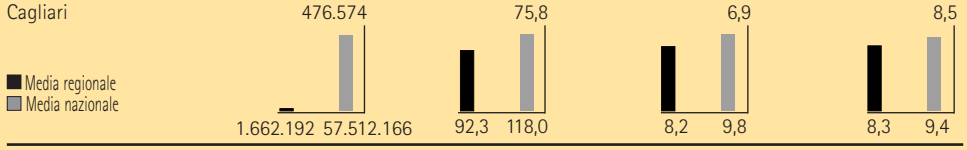
La Sardegna presenta una disponibilità leggermente inferiore di medici di medicina generale in rapporto alla popolazione rispetto a quella riscontrabile a livello nazionale. Si registra infatti un numero di adulti residenti per medico pari a1.051 a fronte di un valore nazionale di 1.034 (Tav. 3.21.6.).

Viceversa, con riferimento alla pediatria, la disponibilità di pediatri di base appare seppure di poco superiore: sono 1.223 i bambini (da 0 a 14 anni) residenti per medico pediatra a fronte di una media nazionale pari a 1.261 bambini per pediatra di base. Sono riscontrabili differenze ridotte a livello di singola Azienda Usl, con una copertura meno fitta a livello di medicina di base nell'Azienda Usl di Olbia con poco più di 1.200 adulti per medico.
Per quel che riguarda la pediatria di base la maggiore copertura si rileva nell'Azienda Usl di Cagliari con meno di 1.000 bambini per pediatra, mentre a Nuoro e Lanusei si arriva a quasi 2.000 bambini per pediatra.
A livello di attività prescrittiva, si registra nella regione un valore di 4,8 ricette per assistito, contro una media nazionale di 5,0 ricette per assistito, che varia dal minimo di 2,9 ricette a Sassari al massimo di 6,2 di Sanluri. La spesa media per ricetta è inferiore a quella italiana (38.500 lire contro 43.900), ma in questo caso l'Azienda Usl con la spesa più bassa è quella di Oristano (26.000 lire in media a ricetta) mentre si superano le 43.000 lire nelle Aziende Usl di Lanusei e Cagliari.

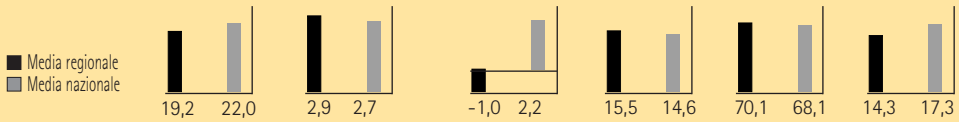
home

TAVOLA 3.21.1. Contesto demografico

Usl	Popolazione Residente (a)	Indice di vecchiaia (b)	Tasso di mortalità (c)	Tasso di natalità (d)
Sassari	338.578	100,3	8,9	7,7
Olbia	121.871	88,8	7,1	9,2
Nuoro	212.207	102,0	8,8	9,1
Lanusei	59.981	96,0	9,2	9,6
Oristano	158.645	115,1	9,7	8,1
Sanluri	147.617	92,0	8,9	8,0
Carbonia	146.722	92,5	8,5	7,5
Cagliari	476.574	75,8	6,9	8,5



Usl	Bimbi 0-4 anni x 100 donne in età 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	19,3	3,1	1,0	15,0	70,0	15,0
Olbia	19,3	2,7	5,8	15,4	70,9	13,7
Nuoro	20,5	2,8	-3,0	15,6	68,5	15,9
Lanusei	21,8	2,7	-1,1	16,2	68,2	15,6
Oristano	20,0	2,9	0,6	15,1	67,5	17,4
Sanluri	20,2	3,0	-2,0	16,2	68,8	14,9
Carbonia	18,7	3,0	-5,9	15,8	69,5	14,6
Cagliari	18,0	2,9	-1,9	15,7	72,4	11,9

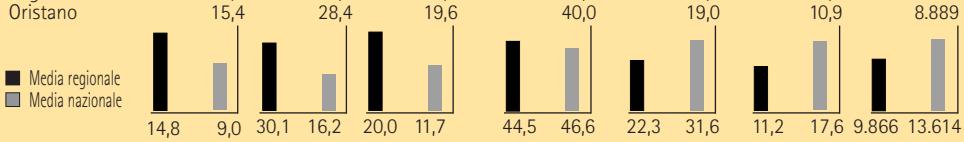


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(a) Popolazione al 30/06/1997
(b) Popolazione residente >64 anni diviso popolazione <15 anni (x 100)
(c) Morti nell'anno diviso popolazione totale residente (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 residente diviso numero delle famiglie residenti
(g) Saldo migratorio diviso ammontare medio annuo della popolazione residente (x 1.000)

TAVOLA 3.21.2. Contesto economico

Provincia	Tasso Disoccupazione Maschi (a)	Tasso Disoccupazione Femmine (b)	Tasso Disoccupazione Totale (c)	Tasso di attività x 100 (d)	Valore aggiunto pro-capite (milioni lire)	Depositi bancari pro-capite (milioni lire)	Imponibile medio per residente (migliaia lire) (e)
Sassari	13,5	25,8	17,6	44,1	23,9	10,8	10.474
Nuoro	10,9	22,9	15,1	42,1	18,3	10,5	8.093
Cagliari	16,7	35,2	23,1	46,6	23,5	11,7	10.332
Oristano	15,4	28,4	19,6	40,0	19,0	10,9	8.889



Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat, Ancitel, Istituto Tagliacarne

(a) Disoccupati maschi diviso forze di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forze di lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Forze di lavoro diviso popolazione > 15 anni
(e) Valore medio dell'imponibile calcolato sul totale residenti

home

TAVOLA 3.21.3. Mortalità evitabile 5-69 anni (tassi standardizzati x 100.000 abitanti) (a)

Usl	Prevenz. Primaria		Diagn. Precoce e Terapia		Igiene e Ass. Sanit.		Tutte le Cause	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sassari	133,4	25,1	2,0	22,4	65,8	19,8	201,2	67,3
Olbia	117,7	29,1	4,3	15,0	62,1	24,4	184,1	68,5
Nuoro	142,3	23,0	3,3	16,5	63,8	19,1	209,4	58,6
Lanusei	139,2	27,6	2,6	11,5	44,6	12,5	186,4	51,6
Oristano	128,5	24,9	1,2	25,1	46,6	18,5	176,3	68,5
Sanluri	142,9	34,8	1,1	20,9	48,6	15,9	192,6	71,6
Carbonia	129,8	34,6	4,0	22,0	49,2	13,1	183,0	69,7
Cagliari	114,6	20,4	2,7	24,9	56,3	12,6	173,6	57,9
Media regionale	130,8	26,2	2,6	22,3	58,2	17,3	191,6	65,8
Media nazionale	117,0	30,8	2,5	21,9	56,6	19,2	176,1	71,9

Dati 1995, 1996 e 1997 – Prometeo elaborazioni su dati Istat

(a) Tassi standardizzati – popolazione tipo = popolazione standard Istat internazionale

TAVOLA 3.21.4. Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	Posti letto x 1.000 residenti (a)			
	Osp. Usl (b)	Az.Osp (c)	Ist. Priv. Accr	Totale
Sassari	4,4		0,4	5,3
Olbia	2,8		-	3,4
Nuoro	5,2		-	5,7
Lanusei	2,6		2,7	5,8
Oristano	2,4	0,5	1,1	4,0
Sanluri	1,2		-	1,7
Carbonia	5,5		-	6,1
Cagliari	3,5		2,4	6,5
Media regionale	3,7	0,5	1,0	5,2
Media nazionale	2,8	1,6	1,1	5,4

Usl	Posti letto x 100.000 abitanti					Tasso di Utilizzaz.
	Specialita' di base	Specialita' a media assistenza	Specialita' a elevata assistenza	Terapia intensiva e subint.	Riabilitazione e lugodez	x 100 (d)
Sassari	457,5	44,0	10,7	8,2	13,6	66,1
Olbia	288,4	33,3	4,8	8,8	-	74,8
Nuoro	444,7	64,2	23,2	13,7	26,4	62,9
Lanusei	537,5	34,5	4,8	8,1	-	55,7
Oristano	312,5	73,2	4,8	3,9	9,5	66,0
Sanluri	151,5	9,5	4,8	4,1	-	77,1
Carbonia	512,7	77,7	4,8	3,4	8,2	60,0
Cagliari	469,0	88,8	31,7	26,6	34,8	68,1
Media regionale	413,5	61,0	16,1	13,0	17,8	66,0
Media nazionale	371,2	74,9	22,5	13,2	60,8	74,8

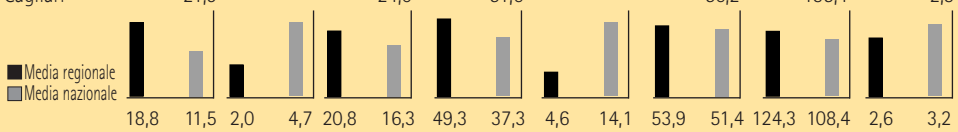
Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Istat

(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 disponibili per 100, dove giornate disponibili = numero posti letto per giorni dell'anno

home

TAVOLA 3.21.5. Medici e Infermieri dipendenti (valori x 10.000 abitanti)

Usl	Medici			Infermieri			Totale Dipendenti	Infermieri per medico Totale
	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota) (a)	Totale	Aziende Usl	Az. Osp. (pro quota)	Totale		
Sassari	21,8		23,8	66,7		71,3	151,6	3,0
Olbia	17,9		19,9	36,4		41,0	101,7	2,1
Nuoro	19,1		21,1	54,8		59,4	136,9	2,8
Lanusei	15,0		17,0	34,3		39,0	92,9	2,3
Oristano	12,9	2,0	14,9	37,8	4,6	42,4	95,7	2,8
Sanluri	9,6		11,6	19,8		24,4	62,9	2,1
Carbonia	19,0		21,1	52,3		56,9	130,9	2,7
Cagliari	21,9		24,0	51,6		56,2	135,4	2,3

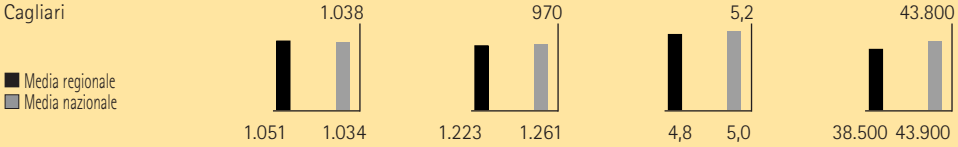


Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero del tesoro (RGS-IGOP)

(a) 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 3.21.6. Medicina di base

Usl	Adulti residenti per medico (a)	Bambini 0-14 anni per pediatra (b)	N. Ricette attivita' prescrittiva delle Az. Usl	Importo Medio per ricetta (lire) (c)
Sassari	1.059	1.179	2,9	39.600
Olbia	1.242	1.045	5,2	32.400
Nuoro	1.018	1.944	5,1	38.800
Lanusei	1.026	1.944	4,7	43.600
Oristano	1.036	1.263	4,9	26.000
Sanluri	1.013	1.332	6,2	40.500
Carbonia	1.056	1.659	5,6	35.300
Cagliari	1.038	970	5,2	43.800



Dati 1997 – Prometeo elaborazione su dati Ministero della sanità e Istat

(a) residenti >14 anni per medico
(b) residenti < 15 anni per pediatra
(c) importo totale ricette diviso numero di ricette

home

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

4.1. Premessa

Nell'ambito dell'edizione 2000 di Prometeo, si è sentita l'esigenza di approfondire ulteriormente lo studio econometrico, inaugurato nell'edizione 1999, dedicato alle relazioni fra consumo farmaceutico ed alcune variabili socio-economiche che caratterizzano la società italiana attuale.

Premettiamo che, fin dove possibile, si è seguito lo stesso schema già utilizzato lo scorso anno, al fine di permettere una più facile disamina dei risultati.

Dobbiamo però aggiungere che rispetto allo scorso anno numerose sono le innovazioni apportate; esse derivano per lo più dalla opportunità di migliorare la qualità degli indicatori utilizzati, ed in qualche caso anche a sopravvenute difficoltà di accesso ad alcuni dati. Possiamo peraltro affermare che quest'anno si è potuto nettamente migliorare la base dati utilizzata per indagare la relazione fra reddito della popolazione, età e consumo farmaceutico, mentre purtroppo non è stato possibile reiterare le valutazioni sulla interazione fra degenza ospedaliera e consumo farmaceutico territoriale, a causa della indisponibilità dei dati necessari sui rendiconti delle Aziende USL. Aggiungiamo che, per garantire la confrontabilità dei risultati, si sono riportate le repliche, su dati aggiornati al 1997, delle regressioni elaborate lo scorso anno, affiancandole di nuove specificazioni maggiormente interpretabili. Da un punto di vista metodologico si è seguito lo stesso approccio della versione 1999, sia per esigenze di semplicità nella lettura dei risultati, sia per coerenza con l'esperienza dello scorso anno.

Le regressioni sono quindi state stimate linearmente con il metodo OLS, introducendo variabili *dummies* solo ove strettamente 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 1997 (nella versione 1999 i dati erano invece riferiti al 1996).

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

home

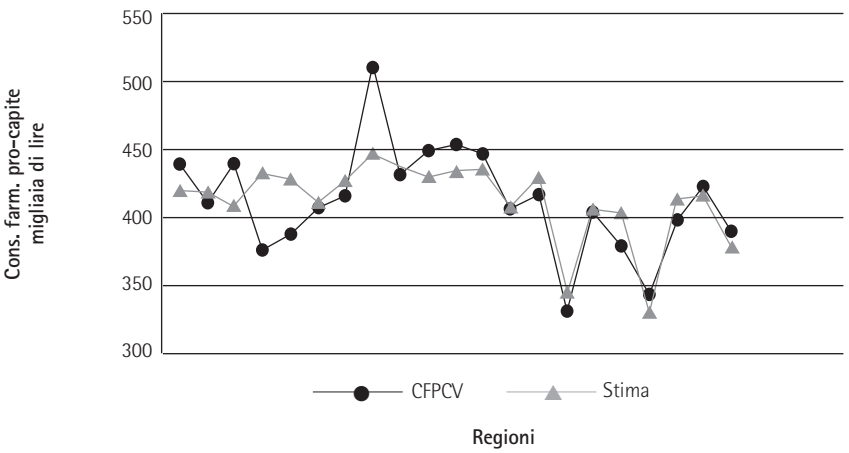
4.2. La relazione fra età, reddito e consumi farmaceutici

In questa sede non ci soffermeremo sulla impossibilità di descrivere compiutamente le motivazioni e le implicazioni del consumo farmaceutico con una semplice analisi statistica, rimandando sul tema sia alle note contenute nel capitolo 4 dell'edizione 1999 di Prometeo, sia alla copiosa letteratura esistente.
Vogliamo qui solo ricordare l'importanza dell'impatto della regolamentazione sul settore che, come già evidenziato lo scorso anno, comporta una "scomposizione" della natura economica del farmaco.
L'ipotesi specifica, testata nella versione 1999, fu quella di una inversione di ruolo del bene farmaco erogato in ambito Ssn, rispetto a quello che rimane a carico delle disponibilità del cittadino. Infatti, mentre il farmaco pagato out of pocket si comporta da bene "normale" ed è quindi consumato proporzionalmente al reddito (anche per effetto della maggiore attenzione alla salute che è effetto di un crescente livello di educazione, e che nel nostro modello rimane implicita nella variabile di reddito), quello a carico del Ssn si lega inversamente alle disponibilità economiche. Abbiamo suggerito l'anno scorso che tale "inversione" sia imputabile al meccanismo delle esenzioni, che scarica 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.
Allo stato attuale, non possiamo invece legare compiutamente il consumo farmaceutico al bisogno terapeutico: l'ipotesi di sviluppo dello studio per il futuro è quindi certamente quella di legare il farmaco alla morbosità, attraverso valutazioni, seppure indirette, desumibili dalla casistica per DRG dei ricoveri ospedalieri.
In termini generali la relazione fra consumo farmaceutico età e reddito si presenta come segue:

(E2a1.2000) $$CFPCV = \underset{(13,7)}{11,10\ QPAG} + \underset{(2,3)}{1,84\ RPC} - \underset{(4,1)}{96,95\ D140.170}$$

$$R^2 = 0,59$$

GRAFICO 4.2.1. Consumi farmaceutici in pezzi al pubblico: valori effettivi estimati (1997)



Nei termini evidenziati dalla relazione un aumento dell'1% della quota di popolazione anziana e giovane comporterebbe un aumento dell'ordine del 3% del valore del consumo farmaceutico. Di contro l'aumento del reddito, pur di segno positivo, appare quantitativamente trascurabile.

home

Per confronto si riporta la relazione stimata nel 1999 (dati 1996):

(E2a1.1999) CFPCV = 314,80 + 0,75 INDVEC – 1,53 RPC - 83,28 D140
(17,4) (5,6) (1,8) (3,8)
R^2 = 0,75

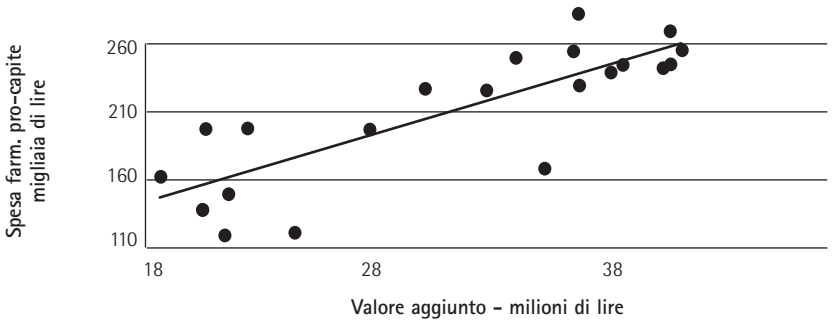
La replica della stima per il 2000 (dati 1997) è invece risultata la seguente:

(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

I risultati sono quindi assolutamente coerenti con quelli dello scorso anno, e la relazione appare anche maggiormente significativa.
Si noti che il segno della variabile reddito cambia nelle due diverse specificazioni. Il fenomeno è dovuto alla coesistenza nella variabile consumo farmaceutico, come si è detto, delle due componenti – quella relativa alla spesa pubblica e quella invece privata – il cui comportamento è difforme. Si è quindi provveduto a valutare il differente impatto del reddito sulla quota pubblica e privata della spesa, regredendo separatamente sulle due componenti.
Per quanto concerne la spesa privata, abbiamo:

(E2a2.2000) SFPRPC = 2,55 QPAG + 4,10 RPC – 60,70 D120/140/170
(5,8) (9,6) (5,7)
R^2 = 0,88

GRAFICO 4.2.2. Relazione tra spesa farmaceutica privata e valore aggiunto



Come si vede la relazione appare notevolmente più significativa della precedente e con i segni attesi.
Anche per questa relazione riportiamo l'equazione stimata l'anno scorso ed il suo aggiornamento con i dati 1997; è di immediata verifica la coerenza dei risultati:

(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

La relazione stimata nel 2000 (dati 1997) è invece risultata la seguente:

(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

Un ulteriore aspetto di interesse deriva dalla verifica del "ruolo" del ticket.
Considerando la spesa privata al netto dei ticket, la relazione si modifica pochissimo: evidentemente la quota di compartecipazione è percepita dai cittadini alla stregua delle altre spese operate direttamente out of pocket: potremmo in tal senso immaginare che di tale aspetto si faccia "carico" il medico prescrittore, agendo nell'"interesse economico" del cittadino.

home

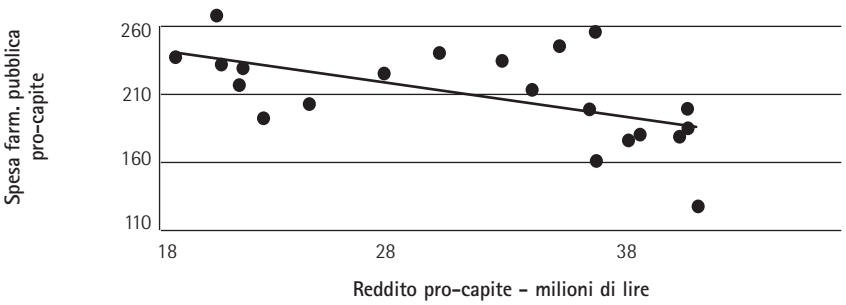
La relazione stimata è la seguente:

(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, disponiamo anche in questo caso di una nuova specificazione, che quantitativamente a fornito il seguente risultato:

(E2a3.2000) SFPUPC = 7,46 QPAG – 0,98 RPC + 57,72 D041/042
(14,2) (1,8) (3,6)
$R^2 = 0,64$

GRAFICO 4.2.3. Relazione tra spesa farmaceutica pubblica e reddito



Possiamo quindi confermare che la quota pubblica di spesa (spesa del Ssn) è inversamente legata al reddito, seppure in termini quantitativamente non rilevanti.

Il fenomeno era già stato rilevato lo scorso anno con le seguente relazione (a seguire l'aggiornamento sui dati 1997):

(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)
$R^2 = 0,82$

Un aspetto ulteriore degno di nota è che, seppure la quota di spesa pubblica risulta notevolmente più sensibile (di un fattore ca. pari a 3 volte) al fattore età (ovvero ai bisogni sanitari della popolazione maggiormente a rischio), una quota parte di tale "fabbisogno" trova comunque risposta nella spesa sostenuta direttamente dai cittadini.

Per completezza riportiamo che l'effetto della variabile reddito, oltre ad avere segno inverso nelle due relazioni, è – 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 dell'equazione sulla spesa privata.

Nell'edizione 1999 era anche presente una relazione fra pezzi venduti e indice di vecchiaia, che trova conferma (ed anzi migliora dimostrandosi robusta) nella nuova stima.

La relazione 1999 era:

(E2b1.1999) CFPCU = 18,60 + 0,06 INDVEC
(15,9) (6,4)
$R^2 = 0,69$

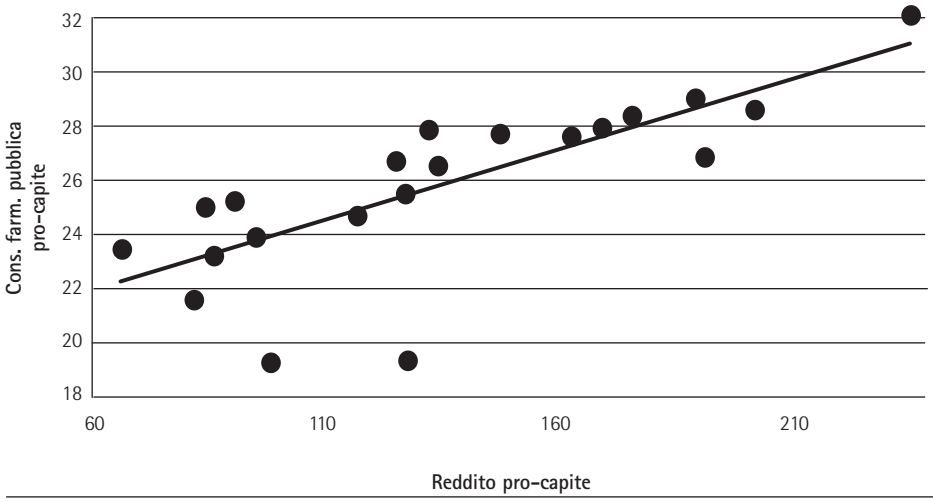
che diventa con l'aggiornamento dei dati:

(E2b1.2000) CFPCU = 19,67 + 0,05 INDVEC – 5,70 D140/170
(26,8) (9,4) (7,3)
$R^2 = 0,90$

home

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.

GRAFICO 4.2.4. Relazione fra consumi farmaceutici (pezzi) e indice di vecchiaia



4.3 Conclusioni

Dal lavoro di analisi svolto nei primi due anni del progetto PROMETEO, possono trarsi alcune prime conclusioni che appaiono sufficientemente consolidate.
La relazione fra consumo farmaceutico, età e reddito appare statisticamente robusta e significativa, come anche quella fra pezzi venduti ed età.
Esistono peraltro due diverse modalità comportamentali: per quanto concerne la spesa out of pocket il farmaco si comporta come gli altri beni normali, 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.

5. L'integrazione pubblico-privato

home

5.1. Premessa

Una crescente integrazione fra settore pubblico e privato è quanto si riscontra praticamente in tutti i servizi sanitari del mondo. L'Assistenza Sanitaria, viene erogata in mercati che, secondo un'opinione generalmente condivisa, non possono essere lasciati al puro meccanismo concorrenziale: trattandosi di un bene meritorio, lo "Stato" ritiene normalmente necessario intervenire in salvaguardia di interessi pubblici. Ciò che differenzia i sistemi sanitari non è, quindi, la presenza di interventi pubblici, più o meno integrati con quelli privati, quanto l'intensità e la modalità di tali interventi.

La Sanità italiana rappresenta, da questo punto di vista, una realtà peculiare, non scevra da aspetti contraddittori: nel nostro Paese, sebbene in forma forse non del tutto evidente, è in corso, con alterne vicende, un dibattito sul modo di intendere il ruolo dello Stato e del privato nel settore sanitario.

Fra le principali peculiarità italiane non si può tacere lo sviluppo di uno dei maggiori sistemi sanitari pubblici universali (ovvero esteso a tutti i residenti), nato nel 1978 sulle ceneri del sistema mutualistico, con una continua contrazione della quota pubblica di spesa sanitaria. Paradossalmente, sebbene il sistema fosse progettato come una assicurazione pubblica omnicomprensiva per tutta la popolazione, le politiche sanitarie, strette da esigenze di bilancio, sono state via via costrette a trasferire quote di assistenza sul budget delle famiglie.

Un'altra caratteristica particolare del sistema sanitario italiano nato nel 1978 è quella che deriva dall'acquisizione degli ospedali delle mutue, che ha generato un sistema basato su una rete di erogatori in larghissima maggioranza pubblici, creando una commistione di ruoli, ove lo Stato è contemporaneamente terzo pagante, controllore ed anche gestore diretto del servizio.

Il conseguente dibattito sul ruolo dello Stato in Sanità, che negli anni si è andato sviluppando, ancora non è approdato ad un termine sicuro; ad esempio, per i promotori del recente quesito referendario, peraltro respinto dalla Corte Costituzionale, sarebbe stato necessario abolire l'obbligo di assicurazione al Ssn, promuovendo, così, la nascita di nuovi soggetti privati quali terzi paganti.

Per l'attuale Governo, la strada maestra è risultata invece quella di promuovere lo sviluppo della Sanità integrativa, in modo da garantire la differenziazione dei servizi in funzione dei bisogni individuali, rimanendo però ferma la garanzia, per tutti, di accesso alle prestazioni essenziali ed appropriate, erogate direttamente dalle strutture pubbliche e private accreditate.

Da queste contrapposte posizioni, scaturiscono evidentemente diverse imposta-

zioni del mutuo contributo del settore pubblico e privato nel comparto; ed altre posizioni sarebbero altrettanto possibili e credibili. Ad esempio, una fra tante, quella di concentrare maggiore potere discriminatorio sul meccanismo di accreditamento, lasciando ai cittadini la scelta dell'erogatore da utilizzare.
Gli attuali equilibri nell'integrazione fra pubblico e privato sono di seguito descritti tentando di apprezzarne le molteplici e mutevoli forme: esigenze di bilancio e ripartizione della spesa fra settore pubblico e privato, distribuzione della gestione delle strutture assistenziali fra pubbliche e private, e fra queste ultime quelle accreditate e quelle esterne al Ssn, evoluzione privatistica dei contratti di lavoro del personale sanitario, la scelta del consumatore fra struttura pubblica e privata per la soddisfazione dei propri bisogni. La multidisciplinarietà del tema si evince immediatamente dalla complessiva lista dei possibili approcci: l'analisi non può quindi essere ridotta ad un mero problema di efficienza relativa dello Stato e del Mercato (tema sul quale, peraltro, non si è mai trovato accordo univoco fra gli studiosi); il rispetto della multidisciplinarietà è, quindi, fondamentale per poter comprendere i fenomeni, permettendo di spostare l'attenzione sul ruolo della Sanità come fattore di sviluppo, piuttosto che su quello di mero vincolo finanziario.

5.2. La spesa sanitaria

L'andamento della spesa sanitaria pubblica è stato oggetto negli ultimi anni di acceso dibattito politico, sia per motivi economici contingenti (rispetto dei parametri di Maastricht), sia per riflesso della tendenza internazionale a mettere in discussione il rapporto tra pubblico e privato in Sanità.
In effetti, dalla seconda metà degli anni Ottanta, numerosi Paesi europei hanno sperimentato riforme di notevole portata in campo sanitario. Queste riforme, nate da stimoli culturali (con l'affermarsi di nuove teorie economiche sul settore pubblico) ma più spesso da esigenze di carattere finanziario e da volontà politica, hanno avuto come motivo conduttore la ridefinizione del ruolo dello Stato in Sanità. Scarsa efficienza tecnica ed allocativa, "autoreferenzialità", ridotta attenzione alla soddisfazione del paziente sono state individuate come le più evidenti carenze della sanità pubblica[1].
L'obiettivo delle riforme è stato, dunque, principalmente quello di creare condizioni di efficienza, efficacia e trasparenza nel sistema sanitario, attraverso una revisione organizzativa e favorendo un più ampio coinvolgimento del privato, sia nelle forme lucrative sia in quelle del no profit.
Sottesa agli interventi di riforma in tutti i Paesi, è possibile individuare 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.
In Italia, dove lo Stato ha avuto da sempre un ruolo primario, essendo coinvolto nel sistema come regolatore, gestore e terzo pagante, il processo di cambiamento ha mirato soprattutto ad incidere sulle funzioni di erogazione dei servizi sanitari (in particolare ospedali e cure primarie) e di finanziamento.
Ciò non significa che la prima funzione assolta dallo Stato sia rimasta inalterata. Anche il concetto di Stato regolatore, infatti, è in evoluzione, con una nuova enfasi sull'attività di pianificazione strategica, trascurata in passato.
Il cammino di riforma intrapreso dal legislatore nel 1992, ha conosciuto momen-

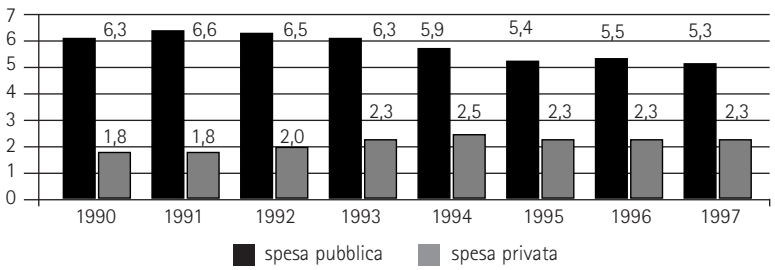
1. Su questi temi si rimanda al capitolo 6° sulla Sanità internazionale

ti di tensione e battute di arresto: anche nel panorama europeo numerosi sono stati gli interventi volti a conferire all'istituzione pubblica una rinnovata importanza, attraverso il rafforzamento delle funzioni di controllo e di verifica della qualità dei servizi offerti. Se è vero che i provvedimenti di riforma adottati dal legislatore italiano successivamente al 1992 non si sono sempre mossi nel solco segnato dal d. lgs. n. 502/1992, è innegabile come siano ormai acquisiti i principi innovatori da questo introdotti. L'importanza della scelta del cittadino e la necessità che lo Stato non agisca più in un'ottica di paternalismo, ma piuttosto operi secondo una concezione democratica di assistenza sono sottolineate nello stesso Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Lo sviluppo dell'integrazione fra pubblico e privato negli anni '90, da un punto di vista economico-statistico vede la spesa sanitaria pubblica evidenziata nel nostro Paese ha evidenziato da una sensibile riduzione nel corso degli ultimi anni: più precisamente è possibile individuare una prima fase, fino al 1993, durante la quale la spesa sanitaria ha continuato ad assorbire quote crescenti di reddito, e quindi una fase di accentuata contrazione, frutto con evidenza del vincolo di bilancio posto dal legislatore al comparto sanitario.

Nel 1997, secondo i dati Ocse, la spesa sanitaria italiana ha rappresentato il 7,6% del PIL, contro l'8,1% registrato nel 1990.

GRAFICO 5.2.1. Spesa sanitaria pubblica e privata in Italia (% PIL)



Fonte: OCSE

Il confronto con altri Paesi industrializzati, effettuato sulla base dei dati elaborati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms/Who), dimostra che lo Stato italiano destina al comparto sanitario una quantità di risorse pubbliche piuttosto contenuta, collocandosi tra i Paesi con più bassa incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil.

Le differenze nei confronti degli altri Stati sono sensibili: basti considerare che rispetto alla Germania e alla Francia, che registrano livelli di spesa più elevati, il distacco è di quasi tre punti percentuali[2].

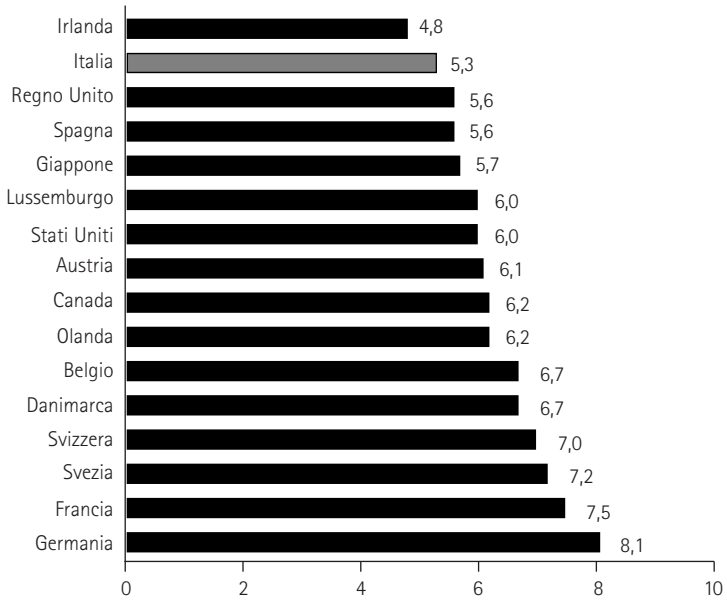
Vale la pena di notare che in passato (1990), secondo quanto si evince dai dati Ocse, l'Italia figurava tra i Paesi con più consistente intervento dello Stato con una spesa di fonte pubblica pari al 6,3% del Pil, evidenziando una differenza di meno di un punto percentuale rispetto a Francia (6,6%), Belgio (6,7%), Germania (6,7%) e Danimarca (7,1%) e distaccandosi in maniera più marcata solo dalla Svezia (7,9%). Ad un intervento pubblico ridotto, si contrappone nel nostro Paese una spesa privata tra le più elevate non solo in ambito Ue, ma più in generale rispetto ai principali Paesi industrializzati. Dati dell'Oms indicano che la

2. Il tema è approfondito nel capitolo sulla "Sanità internazionale".

home

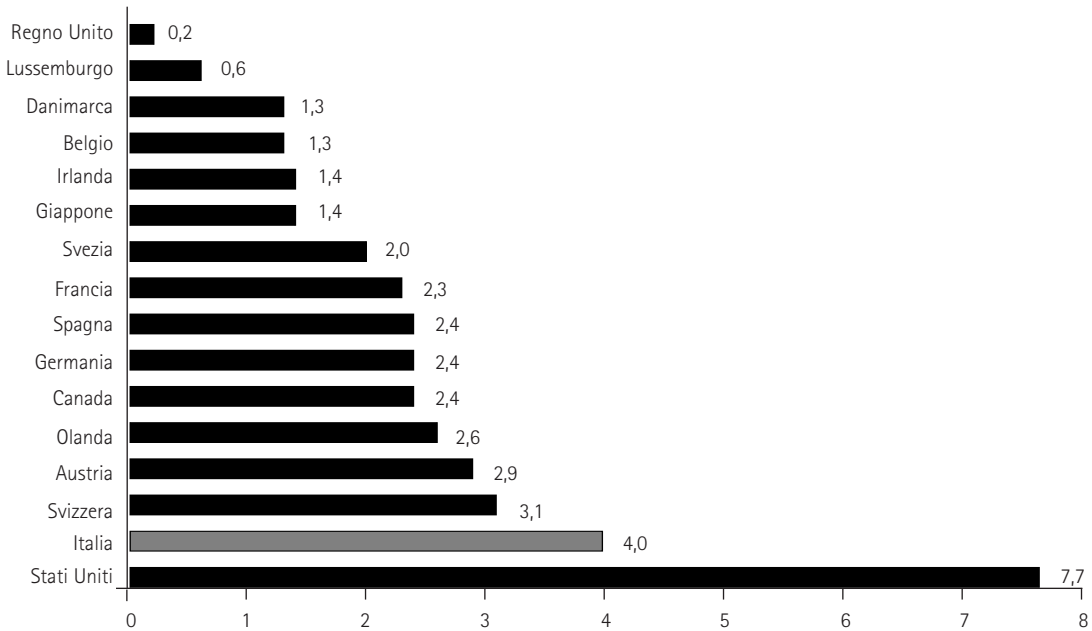
quota di spesa privata nel nostro Paese è stata nel 1997 pari al 4% del Pil (a questo riguardo va evidenziata la discrepanza esistente con i dati Ocse, in base ai quali la spesa sanitaria privata nel nostro Paese si è attestata per il 1997 ad un più modesto 2,3% del Pil) .

GRAFICO 5.2.2. Spesa sanitaria pubblica 1997 (% PIL)



Fonte: OMS/WHO

GRAFICO 5.2.3. Spesa sanitaria privata 1997 (% PIL)

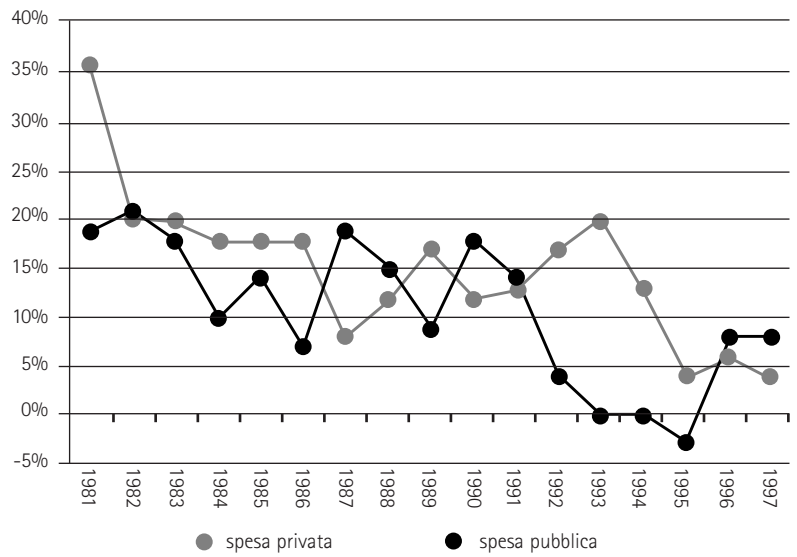


Fonte: OMS/WHO

home

Gli interventi di riforma degli anni '90 hanno, quindi, inciso profondamente sul tasso di crescita della spesa di fonte pubblica, incentivando contemporaneamente lo sviluppo della componente privata.
La spesa pubblica ha presentato una dinamica di crescita più accentuata rispetto a quella privata fino al 1991. Dall'anno successivo si è assistito ad un'inversione di tendenza: ad una spesa privata che ha fatto registrare tassi nominali di crescita a due cifre si è contrapposta una componente pubblica in crescita zero se non addirittura in declino.
Dal 1996 la spesa pubblica ha registrato tassi di crescita di livello paragonabile a quelli pre-riforma. Dati del Ministero della Sanità indicano che il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica negli anni dal 1996 al 1999 è stato pari al 5,5%.
Nel 1999 la spesa corrente di fonte pubblica si è attestata a 120.380 miliardi, corrispondenti al 5,3% del Pil. Naturalmente l'inversione nella dinamica di crescita della spesa da parte dello Stato ha avuto un riflesso sui conti pubblici. Il rapporto tra finanziamento e disavanzo è però andato comunque aumentando, passando dallo 0,9% del 1994 all'8% del 1998[3], sebbene il giudizio sul dato dipenda dal mai risolto problema della corretta stima del fabbisogno.
Per quel che concerne la ripartizione geografica della spesa sanitaria pubblica, è possibile individuare una disparità in termini di dato pro-capite tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. Dati del Ministero della Sanità relativi al 1998 evidenziano come ad una spesa pro-capite pari a lire 2.089.741 per le Regioni settentrionali, si contrapponga per quelle meridionali una spesa di lire 1.801.033.

GRAFICO 5.2.4. Tassi della spesa sanitaria corrente pubblica e privata



Fonte: ISTAT

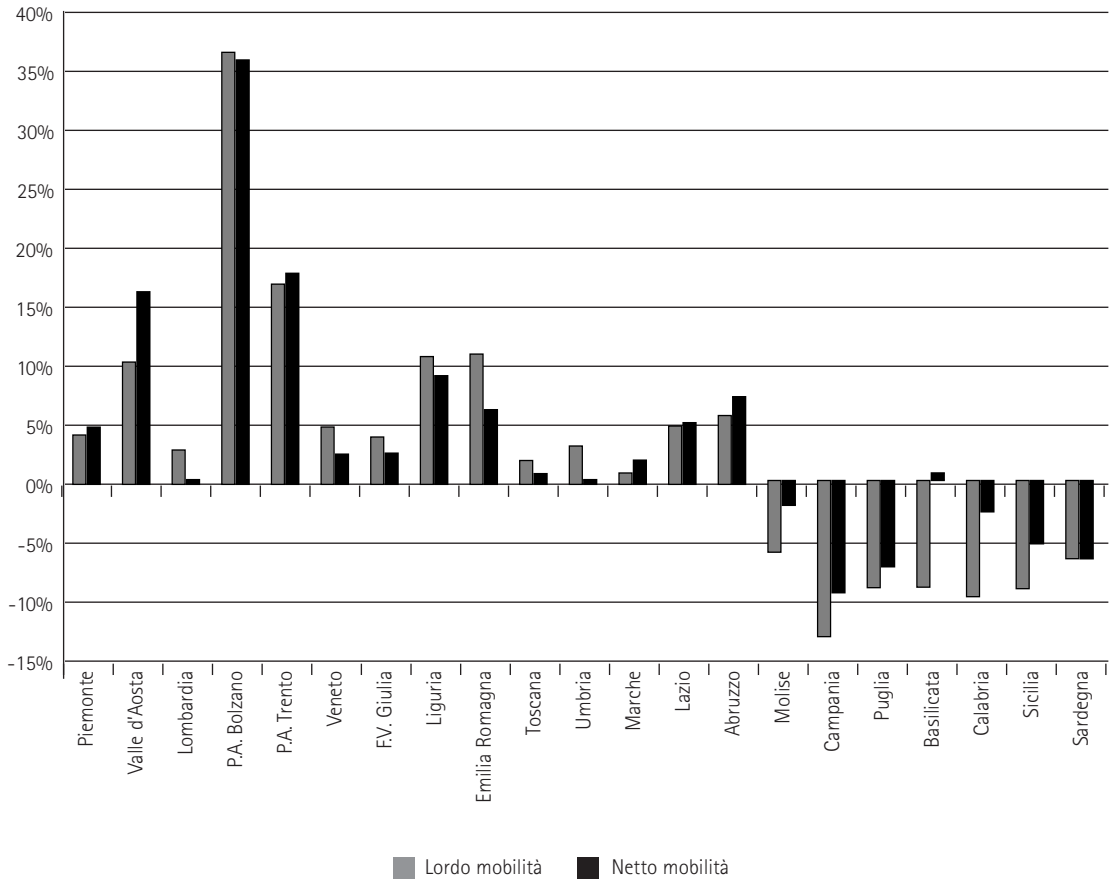
La differenza è in gran parte imputabile alla struttura per età della popolazione: come dimostrano le elaborazioni ISTAT[4], infatti, la percentuale di soggetti ultrasessantacinquenni è superiore nelle Regioni del Centro e del Nord rispetto al Sud

3. Per il 1999 il disavanzo stimato è del 6,2%.
4. Si veda sul tema anche Prometeo 1999 e 2000, ove compare la spesa pro-capite per la popolazione standardizzata.

home

ed alle Isole. Più precisamente, la popolazione di età compresa tra i 65 ed i 74 anni e quella di età superiore ai 75 anni rappresenta rispettivamente il 10,8% ed il 7,8% nel Centro e nel Nord, contro l'8,9% ed il 5,6% di Sud ed Isole.
La presenza di una più consistente percentuale di anziani si riflette sulla domanda di assistenza e cure (influendo sia sull'entità sia sulla tipologia dei bisogni registrati) e, dunque, sulla spesa sanitaria. Come si evidenzia nel grafico 5.2.5., le disparità geografiche risultano anche dovute alla mobilità interregionale, poiché consistente è il flusso di pazienti che si sposta dalle aree meridionali della penisola verso il Nord per ricevere cure mediche ed usufruire dei servizi ospedalieri.
Uno sguardo alla ripartizione della spesa sanitaria pubblica mostra come sia la voce relativa agli ospedali ad avere un peso primario. Nel 1998 questa ha contato, infatti, per il 55,7% circa della spesa da parte dello Stato.
Analogamente a quanto visto per la spesa sanitaria pubblica nel suo complesso, la crescita della spesa per ospedali ha fatto registrare un rallentamento nel periodo 1993-94, per poi mostrare nuovamente una dinamica di crescita.
I dati relativi alla spesa corrente per ospedali negli anni 1997 e 1998 dimostrano come la tendenza alla crescita non sembri attenuarsi: da un importo complessivo di 60.512 miliardi nel 1997 si è passati, infatti, a 62.137 miliardi nel 1998.
Si tratta, secondo valutazioni del Ministero del Tesoro, di valori superiori alla media europea. Questi possono essere spiegati, in parte, tenendo conto del fatto che nel nostro Paese il ricorso all'out-patient care, sebbene in aumento negli ultimi anni, risulta ancora piuttosto limitato rispetto al resto d'Europa, con un conseguente tasso di ospedalizzazione più elevato.

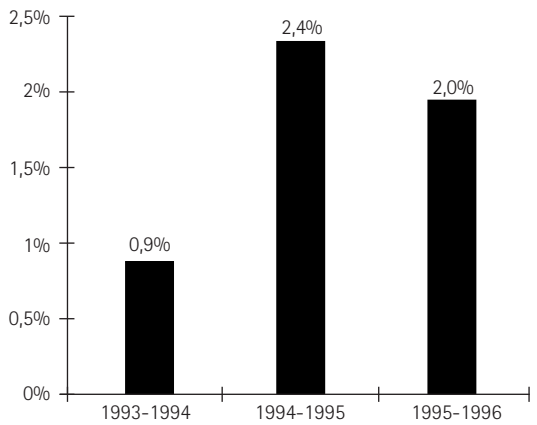
GRAFICO 5.2.5. Spesa pro-capite Regionale al lordo ed al netto della mobilità
(Scarti dal valore medio nazionale in %)



Fonte: Ministero del Tesoro - Relazione Generale sulla situazione economica del Paese 1999 Vol.II

Un'altra spiegazione della crescita può essere individuata nella carenza di strutture post-acuzie, che in conseguenza dell'introduzione del sistema dei Drg ha comportato distorsioni nel ricorso alle strutture ospedaliere.

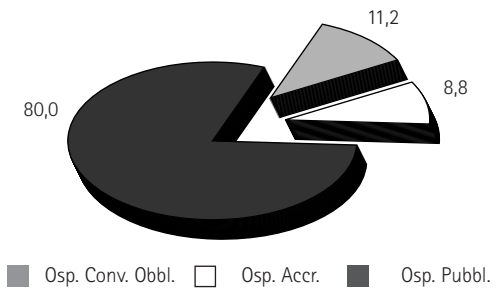
GRAFICO 5.2.6. Tasso di crescita della spesa pubblica per ospedali (Valori 100%)



Fonte: ISTAT

Nell'ambito della spesa per ospedali la voce di maggiore rilievo è indubbiamente quella relativa agli Istituti a gestione diretta. Per il 1998 le Case di cura accreditate rappresentano, secondo dati Aiop, una quota pari all'8,8% della spesa per ospedali complessiva, mentre gli Istituti in convenzione obbligatoria (Istituti a carattere scientifico pubblici e privati, ospedali ecclesiastici classificati, cliniche e policlinici universitari) contano per l'11,2%.

GRAFICO 5.2.7. Ripartizione della spesa ospedaliera per tipo di Istituto erogatore (Valori 100%)



Fonte: I cittadini e il Ssn, Ed. Il Mulino 1996

Una voce degna di particolare attenzione nell'ambito della spesa ospedaliera è quella per il personale.
Secondo dati del Ministero della Sanità, al 1997 le strutture ospedaliere pubbliche hanno impiegato 556.000 lavoratori, di cui il 69,2% medici ed infermieri, il 24,6% personale appartenente al ruolo tecnico e la restante quota personale appartenente al ruolo professionale ed amministrativo.
Si tratta, con evidenza, della maggior parte del personale impiegato nell'ambito del Ssn (complessivamente 650.894 unità al 1997) per il quale nel 1997 è stata spesa una quota pari al 43,0% della spesa sanitaria pubblica totale.

A questo proposito è interessante notare che a differenza di quanto avviene in altri Paesi l'occupazione sanitaria è in Italia caratterizzata da contratti di lavoro dipendente, per lo più pubblico, o da accordi collettivi che assumono la forma di convenzioni: si pensi ad esempio a quella per i medici di base.
Negli anni '90 si assiste però ad un cambiamento di tendenza, con l'introduzione nei contratti di categoria di istituti tipici dei rapporti privatistici, quale la retribuzione di risultato, che configura una forma di incentivazione.
Nello stesso tempo, in particolar modo per il top management e per le fasce apicali mediche, anche da parte delle aziende sanitarie pubbliche è iniziato il ricorso a contratti di diritto privato a tempo determinato.
Nella ospedalità privata, sebbene i dati siano più frammentari, registriamo per Aiop ed Aris (le principali associazioni della ospedalità privata), nel 1998, 75.879 unità di personale, di cui 62.411 non medici e 13.468 medici. Di questi ultimi il 36% circa (4.807 medici) è legato da rapporto di lavoro dipendente.
Altra voce fondamentale di spesa pubblica è quella farmaceutica, che si è attestata nel 1999 al 12% della spesa corrente. La sensibile contrazione registrata negli anni dal '93 al '95, ha lasciato il posto ad una crescita particolarmente accentuata negli anni seguenti: la spesa pubblica per farmaci, infatti, è aumentata del 44,2% tra il 1995 ed il 1999. Nel solo 1999 si è registrato un aumento della spesa rispetto all'anno precedente dell'11,6%.
Dati del Ministero della Sanità dimostrano che sebbene il numero delle prescrizioni mediche sia andato diminuendo nel tempo, l'importo dei farmaci prescritti è più elevato che in passato.
Da un importo medio per ricetta di circa 30.000 lire nel 1991, si è passati a circa 52.000 nel 1999 (si tenga conto che i dati risentono dell'aumento generale dei prezzi).
L'analisi della spesa per regioni evidenzia una forte variabilità: notevolmente al di sopra della spesa nazionale pro-capite (pari a 255.080 lire per il 1999) sono i dati relativi a Campania (con 288.202 lire), Umbria (284.669 lire), Lazio (284.709 lire) e Sicilia (281.799 lire). Sono dunque le Regioni centrali a registrare una spesa per farmaci più consistente, pari al 12,2% della spesa corrente pubblica per il 1999, contro l'11,6% delle Regioni meridionali e il 10,0% di quelle settentrionali.
Risulta evidente come il coinvolgimento del privato nella spesa sanitaria sia cresciuto a seguito degli interventi di riforma dei primi anni Novanta: dati Istat dimostrano che nel finanziamento della spesa corrente la componente privata è aumentata dal 20,1% del 1990 al 28,6% del 1997.
Una caratteristica della spesa sanitaria privata nel nostro Paese è costituita dalla

TAVOLA 5.2.1. Consumi sanitari

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Consumi collettivi A.P.	783	895	551	628	664	700	765	n.d.
Spesa san. delle famiglie	22.753	25.843	29.643	33.496	35.960	38.589	40.016	41.282
Prodotti farmaceutici	11.634	12.375	15.036	17.027	18.569	19.931	20.666	21.196
Serv. Med. e paramedici	8.667	10.526	11.429	12.705	13.619	14.668	15.205	15.645
Servizi ospedalieri	2.452	2.942	3.178	3.764	3.772	3.990	4.145	4.441
Prest. sociali in natura	36.630	35.226	33.610	33.094	35.570	38.304	41.135	n.d.
Altri consumi individuali	56.331	57.385	58.768	58.265	62.862	68.265	69.346	n.d.
Totale	**116.497**	**119.349**	**122.572**	**125.483**	**135.056**	**145.858**	**151.262**	**-**

Fonte: ISTAT

home

netta prevalenza della quota out of pocket rispetto a quella attribuibile a terzi paganti, quali assicurazioni, mutue o datori di lavoro. Si tratta di una peculiarità del sistema italiano rispetto agli altri Paesi industrializzati, rimasta sostanzialmente invariata nonostante l'incremento della raccolta premi delle assicurazioni nel corso degli anni Novanta.

Nel 1998 la spesa out of pocket per servizi sanitari è stata, secondo dati Istat, di 40.016 miliardi di lire. Gran parte di tale importo è riferibile all'acquisto di prodotti medicinali e farmaceutici.

Questi ultimi costituiscono indubbiamente la componente di spesa che maggiormente ha risentito dell'effetto di sostituzione generato dalla contrazione della spesa pubblica, operata mediante l'aggravio dei ticket. I tassi di crescita della spesa privata per farmaci dimostrano chiaramente come le manovre di contenimento, attuate attraverso l'aumento della compartecipazione e la revisione del prontuario terapeutico, abbiano ridotto (soprattutto nel breve periodo) la spesa pubblica riversando l'onere direttamente sul bilancio delle famiglie.

La spesa privata per farmaci è cresciuta, infatti in modo particolarmente accentuato a partire dal 1993 (con un tasso di crescita annuale dell'1,7%) per registrare un picco nel 1994 (19,7%) e nel 1995 (15,1%).

La crescita ha subito successivamente un rallentamento, attestandosi allo 0,3% circa nel 1998 e nel 1999.

La spesa relativa a prestazioni mediche e paramediche ha rappresentato nel 1999 il 37,9% della spesa di fonte privata, mentre quella per ospedali ha contato per il restante 10,8%. Entrambe le componenti hanno mostrato una crescita accentuata negli anni 1993 e 1994, che è andata successivamente attenuandosi.

Con riferimento alla spesa per ospedali è interessante notare come, a fronte di un'attività ospedaliera privata che nel 1997 (ultimo anno disponibile) ha visto operare, secondo dati del Ministero della Sanità, 111 Case di cura non accreditate e 537 accreditate, con un'offerta di circa 71.000 posti letto (di cui 13.500 circa non accreditati), si sia avuta una spesa privata in valore assoluto pari a 3.990 miliardi.

I dati Istat dimostrano che nel 1999 la spesa out of pocket totale è stata lievemente superiore rispetto all'anno precedente, attestandosi a 41.282 miliardi di lire.

In generale, il dato relativo alla spesa sanitaria totale dimostra come complessivamente le risorse impiegate per la salute vadano ben al di là della quota pub-

TAVOLA 5.2.2. Fonti di finanziamento della spesa privata sanitaria in %

	Out of pocket		Assicur.ni-Mutue		Datori di Lavoro	
	1980	1997	1980	1992	1980	1992
Canada	91,6	60.7	8,4	17,7	-	-
Francia	65,0	88.3	29,1	32,4	5,9	3,4
Germania	56,4	50.2	37,4	37,6	6,2	5,3
Giappone	84,3	100.0	4,2	8,1	11,5	9,6
Italia	88,6	97.4	2,5	9,3	8,8	8,6
Inghilterra	80,9	100.0	19,1	25,5	-	-
Stati Uniti	42,3	29.7	52,0	59,4	5,7	5,9
Austria	-	72.2	-	35,4	-	-
Belgio	80,2	87.5	19,8	24,3	-	-
Danimarca	94,5	100.0	5,5	13,0	-	-
Irlanda	75,8	-	21,7	37,5	20,5	1,4
Lussemburgo	90,2	83.7	9,8	13,7	-	-
Olanda	-	57.3	-	64,8	-	-
Spagna	74,0	69.4	26,0	23,7	-	-
Svezia	93,6	100.0	6,4	7,8	-	-
Svizzera	73,5	96.7	18,9	26,0	7,6	6,7
		-				

Fonte: A. Piperno 1997, Mercati assicurativi e istituzioni e OMA/WHO

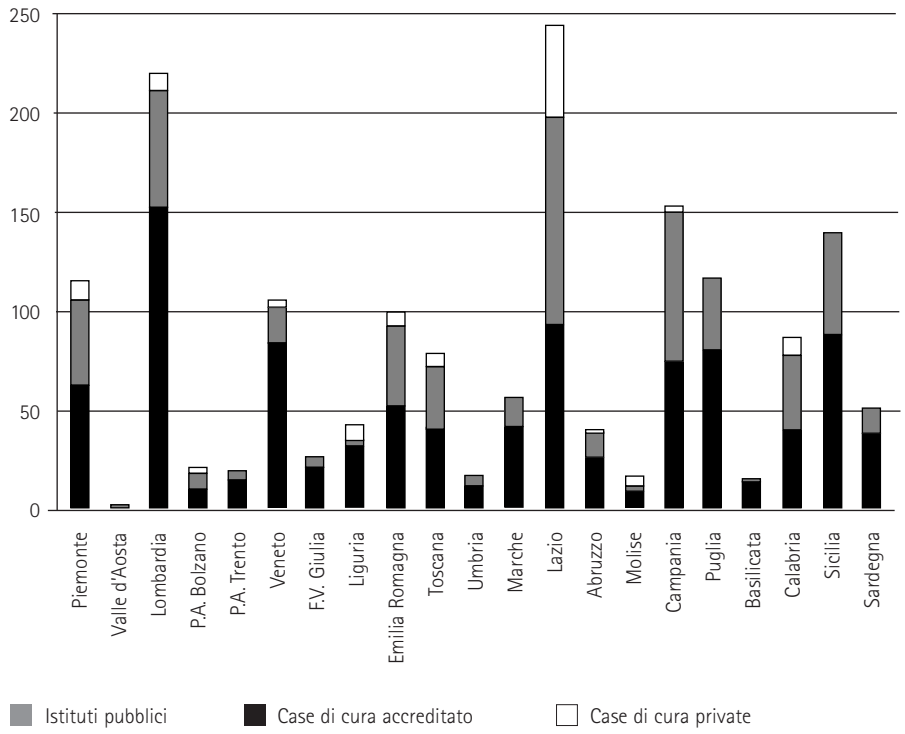
blica, alla quale generalmente viene dato maggiore risalto.
Va considerata, inoltre, la spesa delle assicurazioni private che, sebbene di minore entità, sembra destinata ad assumere un'importanza crescente. I dati dell'Ania dimostrano come il fatturato relativo alle polizze sanitarie sia aumentato del 50% dal 1990. Nel 1997 le compagnie di assicurazione hanno stipulato polizze per malattia con 3,5 milioni di soggetti. Il volume di premi raccolti è andato crescendo, passando da un valore di 1.831 miliardi di lire nel 1995 a 2202 miliardi nel 1998. A tale incremento si è contrapposta una riduzione nel rapporto tra oneri per sinistri e premi di competenza, che è passato dall'85,2% del 1995 all'81,2% del 1998. Nel 1998 gli indennizzi pagati sono stati, in valore assoluto, pari a 1726 miliardi. Gran parte degli indennizzi assicurativi sembra riferibile a ricoveri ospedalieri per interventi chirurgici.
Si consideri, inoltre, che con la recente approvazione del d. lgs. n. 41/2000 ha infine trovato compiuta sistemazione la questione della cosiddetta Sanità integrativa. L'operare congiunto del decreto citato e del d. lgs. n. 229/1999, comporta per il futuro la coesistenza di fondi ormai battezzati "doc" – che erogheranno prestazioni integrative di quelle fornite dal Ssn (i livelli essenziali") – e di fondi "non doc" che copriranno invece altri bisogni individuali beneficiando in maniera residuale dell'incentivo fiscale complessivamente previsto per tali forme di assicurazione collettiva.
Sebbene persista una relativa "indeterminatezza" nella definizione dei livelli eccedenti l'essenziale, sembra comunque in pratica prevalere la filosofia di un Servizio Sanitario Nazionale che garantisce quasi tutte le prestazioni di maggiore importanza, con livelli standardizzati di erogazione, mentre viene attribuita alla sfera delle scelte dirette dei cittadini la possibilità di adeguare ai propri bisogni tali prestazioni con l'acquisto di livelli di maggior comfort e personalizzazione delle stesse (camere a pagamento, scelta del medico e dell'equipe chirurgica, etc.). Possiamo quindi aspettarci che nel futuro, nella misura in cui è vero che i cittadini chiedono prestazioni sempre più personalizzate dimostrando altresì una disponibilità a pagare per i servizi ottenuti, cresca la quota di spesa delle famiglie assicurata, e nello stesso tempo avvenga un ulteriore trasferimento di spesa verso il settore privato.

5.3. Le strutture

Nel 1997 la rete ospedaliera italiana ha annoverato 942 Istituti di cura pubblici di cui il 75,0% gestito dalle Aziende Usl, il 9,0% da ospedali costituiti in azienda ed il restante 16,0% rappresentato, in via principale, da Istituti di ricovero e cura con carattere scientifico. Come già detto, le Case di cura accreditate operanti sul territorio nazionale sono state 537, mentre 111 sono state le strutture private in attività.
La distribuzione sul territorio nazionale dell'offerta privata, accreditata e non, appare fortemente disomogenea. Secondo dati del Ministero della Sanità sono Lazio, Campania e Calabria a registrare una più ampia presenza di tali strutture.
Il Lazio rappresenta la regione con il maggior numero di strutture accreditate, le quali garantiscono un'offerta di posti letto pari a circa la metà di quella degli istituti pubblici. L'offerta di posti letto per degenze ordinarie da parte di strutture pubbliche ed accreditate è andata diminuendo nel corso degli anni Novanta: da un numero di 6,3 di posti letto per 1000 abitanti nel 1993 si è passati a 5,9 posti letto nel 1997. Fino al 1995, anno nel quale è stato introdotto il nuovo sistema di

finanziamento degli ospedali, la riduzione dell'offerta di posti letto per degenze ordinarie si è accompagnata ad un incremento nel tasso di ospedalizzazione e ad un sostanziale stabilità nella durata media delle degenze. Dall'anno in questione è possibile invece individuare una tendenza alla riduzione della durata media dei ricoveri, frutto del sistema di finanziamento basato sul trattamento erogato anziché sulla durata delle prestazioni. Nel 1998 la degenza media è stata di 7,1 giornate, contro le 9,3 del 1993.
Contemporaneamente è cresciuta la disponibilità di posti letto per day hospital.
L'offerta complessiva di posti letto per degenze ordinarie da parte delle strutture pubbliche ed accreditate è stata nel 1997 di circa 331.000 unità, di cui il 17,3%

GRAFICO 5.3.1. Strutture ospedaliere pubbliche, private ed accreditate per regione



Fonte: Ministero della Sanità

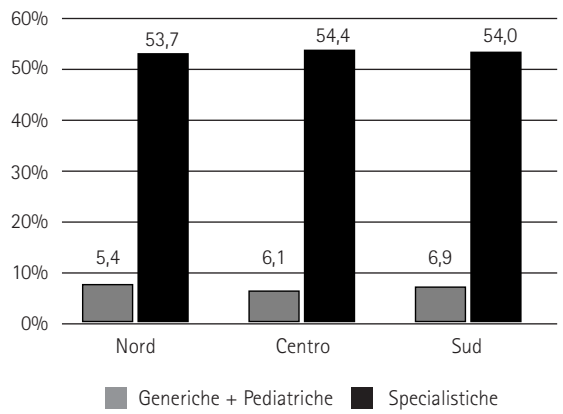
attribuibile agli Istituti accreditati.
Su 22.000 posti letto per trattamenti di day hospital complessivamente offerti, le Case di cura accreditate hanno contato invece soltanto per il 3,7%.
Uno sguardo alla composizione dell'offerta dimostra come il numero dei posti letto per acuti sia ancora in eccesso rispetto a quanto previsto dalla vigente normativa. Rilevazioni del Ministero della Sanità relative al 1997 dimostrano che su un totale di 302.748 posti letto, l'89,9% sia adibito a trattamento degli acuti. Si tratta di un dato ben al di sopra dell'obiettivo fissato dalla normativa in vigore, in base alla quale l'82% dei posti letto dovrebbe essere destinato al trattamento degli acuti, mentre il 18% dovrebbe essere destinato alla riabilitazione funzionale ed alla lungodegenza.
Sotto questo profilo è interessante notare come circa il 50% dell'offerta di posti letto per lungodegenza e riabilitazione funzionale provenga dalle Case di cura accreditate.

Da elaborazioni del Ministero della Sanità si rileva, infatti, che negli ospedali pubblici circa il 70,2% dei posti letto è destinato a specialità di base, il 14% a specialità a media assistenza, il 6,6% a specialità ad elevata assistenza e soltanto il 6,4% a riabilitazione e lungodegenza.
Negli Istituti accreditati, invece, il 51,8% dei posti letto è utilizzato per specialità di base, il 29,6% per riabilitazione e lungodegenza, l'11,5% per specialità a media assistenza ed il 6,9% per specialità a bassa assistenza.
Su circa 87.000.000 giornate di degenza registrate nel corso del 1998, gli ospedali pubblici hanno contato, per il 68,0%, le case di cura accreditate per il 16,4% e gli Istituti in convenzione obbligatoria, infine, per il 15,6%.
Il costo medio per giornata di degenza è stato dunque di circa 862.000 per gli ospedali in gestione diretta, contro le 414.000 delle case di cura accreditate e le 501.000 degli Istituti in convenzione obbligatoria, in larga misura spiegato dalle diverse intensità assistenziali.

5.4. Le scelte dei cittadini

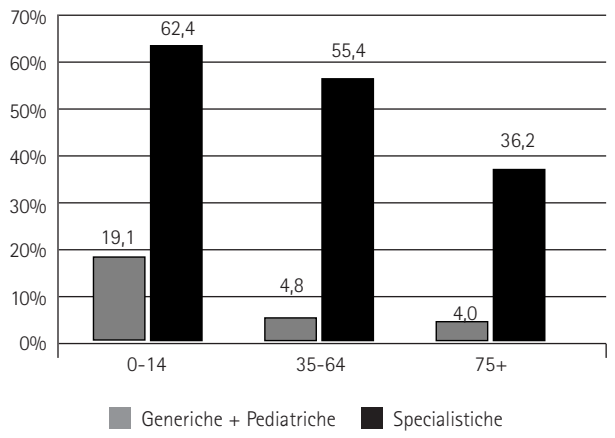
L'analisi delle scelte del consumatore in Sanità è tema ancora poco trattato, sia per carenza di modelli interpretativi, sia per la mancanza di evidenze statistiche. Alcune prime osservazioni si possono però desumere sulla base dei risultati della indagine multiscopo sulle famiglie effettuata dall'Istat.
Sulla base delle evidenze disponibili, risalenti peraltro al 1994, emergono infatti alcune significative differenze di accesso alle strutture pubbliche e private.
Un primo settore di indagine è quello delle visite mediche, sia generiche e pediatriche, sia specialistiche. La quota di esse classificata a pagamento intero è sovrapponibile al ricorso alle strutture private extra Ssn. Come era lecito aspettarsi, il ricorso al privato è minimo nel caso di visite generiche e pediatriche: in nessuna ripartizione geografica raggiunge il 10% delle visite effettuate. Di contro, oltre il 50% delle visite specialistiche era, nell'anno di indagine, pagato per intero. Il ricorso al privato è sostanzialmente analogo nelle ripartizioni geografiche; se ne osserva un minore ricorso soltanto nel Centro, e limitatamente alle visite generiche e pediatriche.
Notevolmente difforme (e inferiore alla media) è, invece, il ricorso alle visite a pagamento fra la popolazione più anziana, ove probabilmente si riscontra un

GRAFICO 5.4.1. Visite mediche a pagamento intero per ripartizione geografica (Quota %)



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

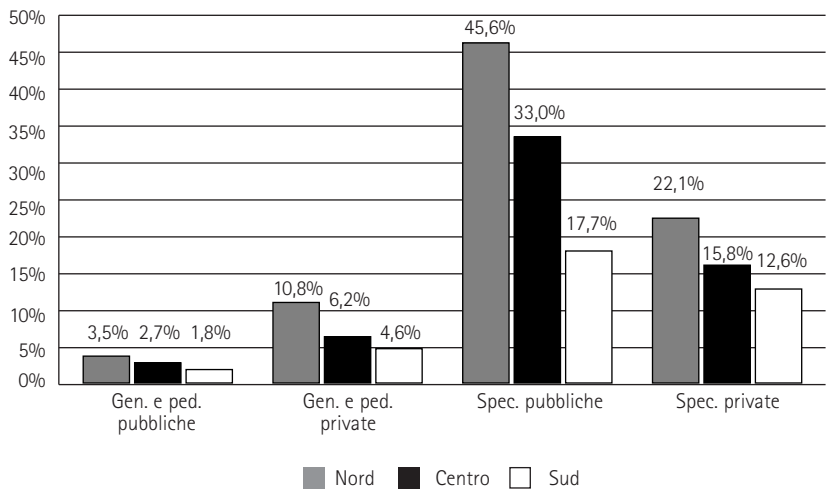
GRAFICO 5.4.2. Visite mediche a pagamento intero per classe di età (Quota %)



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

problema di insufficienza del reddito in rapporto ai maggiori fabbisogni sanitari. Si noti che malgrado non si evidenzino significative differenze per ripartizione geografica, le liste di attesa appaiano sistematicamente più alte al Nord che al Sud, in qualche modo escludendo che tale fenomeno possa da solo spiegare il ricorso al privato extra Ssn.
Inoltre osserviamo che per le visite generiche le attese sono significative solo per una quota minima dei casi, e sono più alte nelle strutture private che in quelle pubbliche.

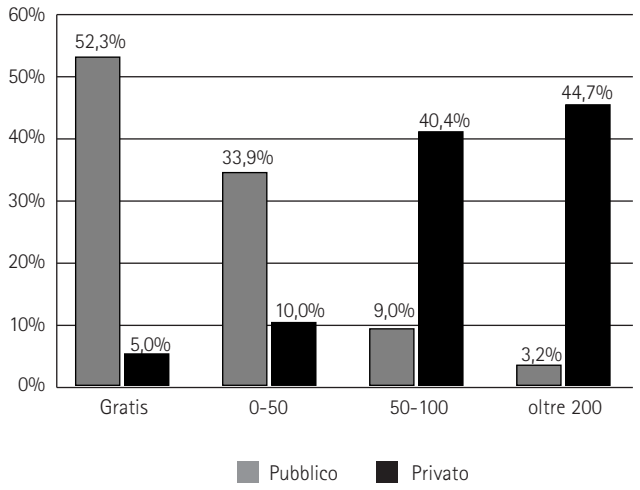
GRAFICO 5.4.3. Attesa per visite mediche (Quota % attese superiore a 7 giorni))



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

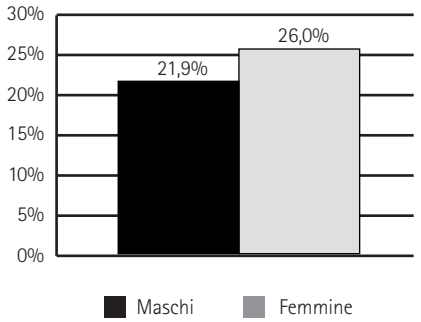
Di contro, per le specialistiche, l'accesso alle strutture private è più rapido che nel pubblico, ma in ogni caso circa il 20% delle visite richiede una attesa superiore alla settimana (valore che raggiunge il 46% nelle strutture pubbliche del Nord).
Per quanto concerne la spesa mediamente sostenuta per le visite, la gran parte di quelle generiche è gratuita e solo poco più del 10% di quelle erogate nelle strutture private supera le 100.000 lire di costo.

GRAFICO 5.4.4. Visite mediche specialistiche per spesa sostenuta (Quote 100%)



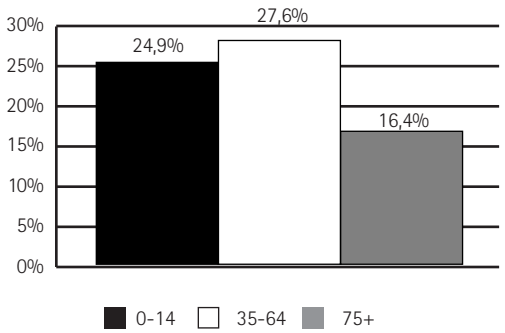
Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

GRAFICO 5.4.5. Accertamenti diagnostici a pagamento intero per sesso



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

GRAFICO 5.4.6. Accertamenti diagnostici a pagamento intero per età



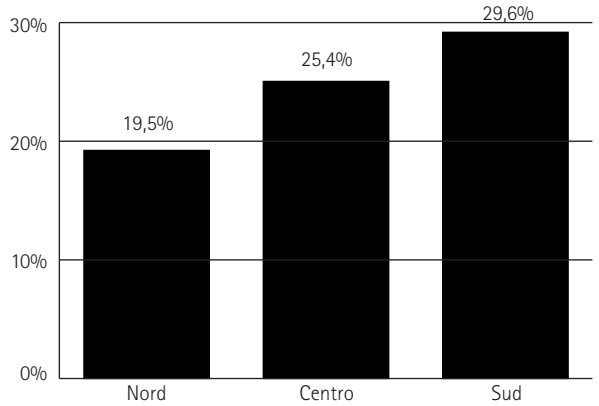
Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

Fra quelle specialistiche erogate nelle strutture private, però, l'85% circa supera le 50.000 lire di spesa e metà di esse anche le 100.000 lire. Meno dell'1% è sotto tale cifra. Anche nelle strutture pubbliche, comunque, il costo è spesso (33% circa delle visite erogate) compreso fra 0 e 50.000 lire: tale fenomeno appare collegato all'esistenza dei ticket.

home

Per quanto concerne gli accertamenti diagnostici (per immagine e di laboratorio), il 22% degli uomini e il 26% delle donne paga per intero la prestazione. Anche in questo caso, al crescere dell'età si riduce il ricorso al privato extra Ssn: ancora possiamo riferirci a fattori di reddito, ma anche ad un maggior ricorso alla ospedalizzazione.In generale, il ricorso al privato è di circa 10 punti percentuali superiore al Sud rispetto che al Nord.
Volendo azzardare una ipotesi, sembrerebbe esistere non tanto una carenza di offerta nel settore pubblico (vedi dopo quanto si dirà per le liste di attesa), bensì una generalizzata sfiducia verso il settore pubblico.

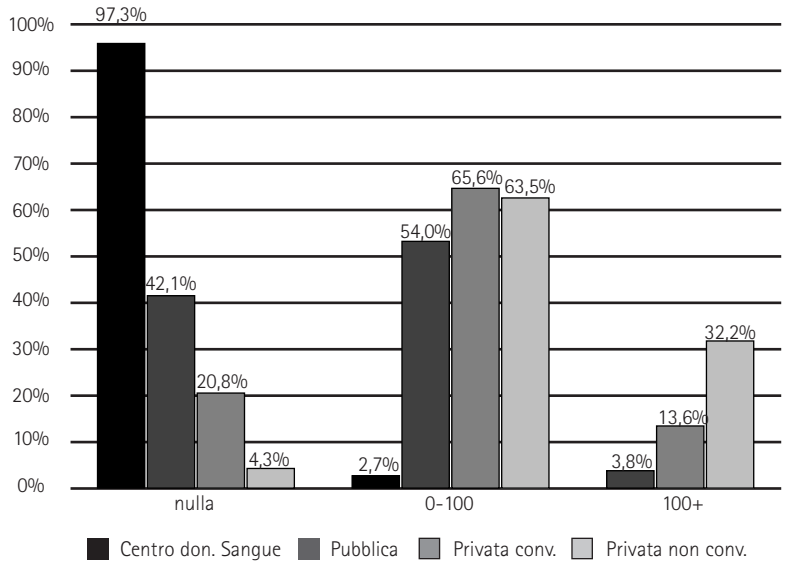
GRAFICO 5.4.7. Accertamenti per ripartizione geografica



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

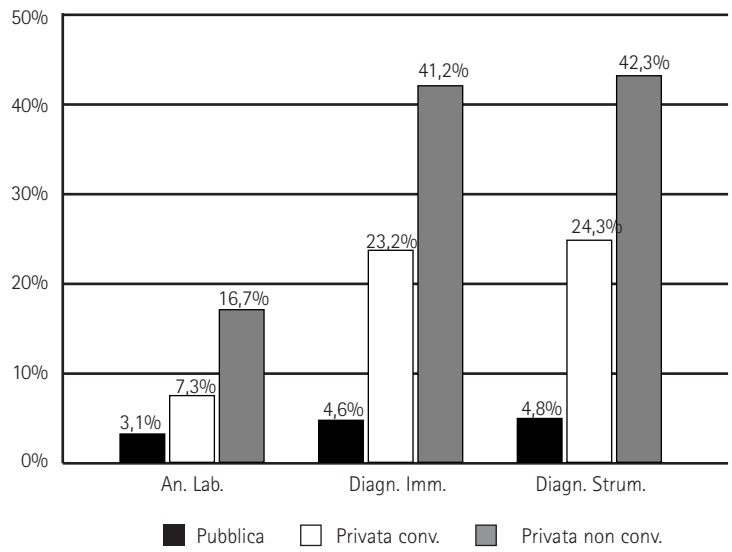
Per quanto concerne la spesa, ovviamente, gran parte degli accertamenti erogati in strutture pubbliche sono gratuiti, ma lo sono anche il 20% di quelli erogati dalle strutture private convenzionate.
Nella fascia 0-100.000 lire troviamo, nelle strutture sia pubbliche che private (convenzionate e non), un eguale quota di prestazioni erogate.

GRAFICO 5.4.8. Accertamenti diagnostici per spesa sostenuta



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

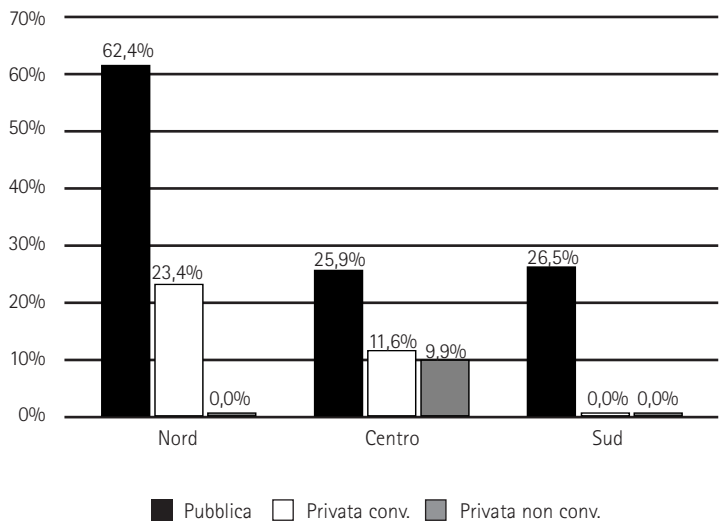
GRAFICO 5.4.9. Accertamenti diagnostici per spesa sostenuta e tipo
(Quote con spesa oltre lire 100.000)



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

Si noti ancora che un 4% delle prestazioni, sono erogate dalle strutture private non convenzionate gratuitamente.
Nelle strutture private convenzionate solo il 14% degli accertamenti comporta una spesa maggiore di 100.000 lire, mentre in quelle extra Ssn, tale valore supera il 30%. Le analisi di laboratorio raramente comportano una spesa superiore alle 100.000 lire; di contro le prestazioni di diagnostica per immagini e strumentale superano tale cifra nel 20% dei casi nelle strutture private convenzionate e in oltre il 40% in quelle extra Ssn.
Le attese per l'erogazione di accertamenti diagnostici sono, come anticipato,

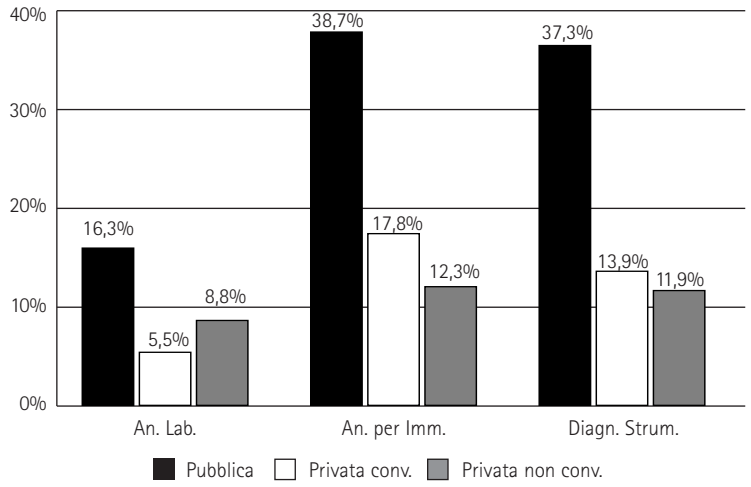
GRAFICO 5.4.10. Attesa per accertamenti diagnostici per ripartizione geografica
(Quota % di attesa superiore a 7 giorni)



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

home

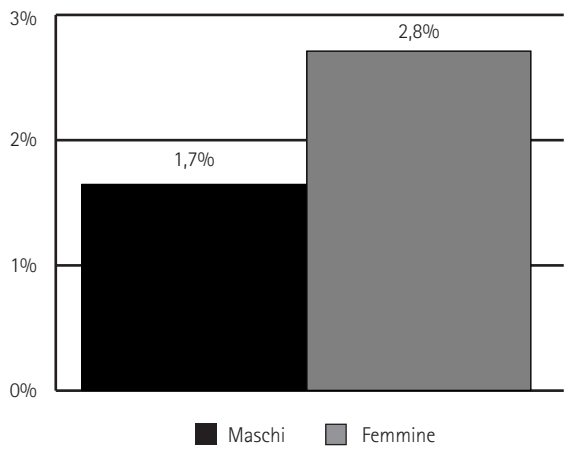
GRAFICO 5.4.11. Attesa per tipo di accertamento diagnostico
(Quota % di attesa superiore a 7 giorni)



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

maggiori al Nord, dove si superano in media i 15 giorni; nel Sud è maggiore il ricorso al privato, ma le attese sono generalmente inferiori alla settimana, tranne che per un quarto di quelle erogate nelle strutture pubbliche.
Le attese difficilmente superano la settimana per le analisi di laboratorio, mentre oltre il 35% dei casi di prestazioni di diagnostica per immagini e strumentale erogate nelle strutture pubbliche ha richiesto un numero maggiore di giorni di attesa.
L'analisi dei ricoveri ospedalieri, infine, vede un maggiore ricorso alle strutture a pagamento intero da parte delle donne, fenomeno in larga misura spiegato dai parti.
Trova inoltre conferma la minore accessibilità delle strutture private extra Ssn per le quote anziane di popolazione.
Oltre i 75 anni i casi di ricovero a pagamento intero sono meno di un terzo di

GRAFICO 5.4.12. Ricoveri a pagamento intero per sesso (Quota %i)

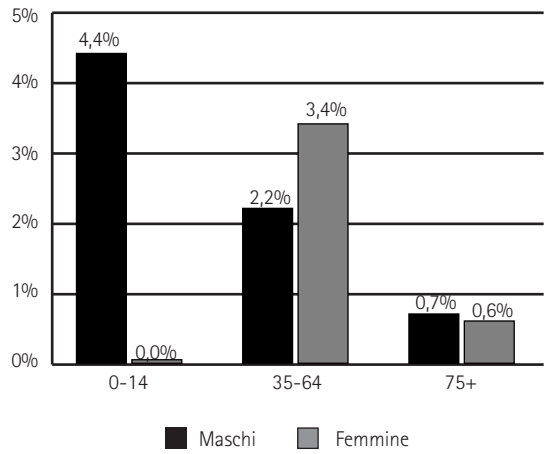


Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

home

quelli della fascia di età più giovane e, nelle fasce giovani e adulte, non raggiungono neppure il 4% dei casi di ricovero.

GRAFICO 5.4.13. Ricoveri a pagamento intero per classe di età (Quota 100%)



Fonte: Istat Indagine Multiscopo 1994

6. Confronti internazionali

home

Nell'epoca della globalizzazione dei mercati sembra obbligatorio riferirsi anche al settore sanitario in un'ottica internazionale. Le crescenti migrazioni, da un punto di vista epidemiologico, e i sempre più stringenti vincoli di bilancio, da quello economico, hanno accomunato i problemi sanitari nei vari Paesi, travalicando le frontiere nazionali.

Realizzare una panoramica internazionale sui sistemi sanitari è però operazione non semplice. In primo luogo, perché la comparabilità dei dati statistici fra Paesi e culture diverse è per lo meno discutibile, per la varietà di fonti e metodi di rilevazione utilizzati ed anche per le differenti accezioni che, nelle diverse realtà geografiche, assumono le varie categorie dell'assistenza sanitaria.

Ancor prima, però, è lo stesso concetto di Sanità che sfugge ad una facile definizione: siamo infatti abituati a confrontarci con una accezione di Sanità estremamente allargata che è dominante nei Paesi sviluppati, ma che è ancora un'utopia per oltre un terzo della popolazione mondiale, che si confronta ancora con una protezione sanitaria assolutamente insufficiente.

In ogni caso, almeno nei cosiddetti Paesi sviluppati, un fattore culturalmente unificante del dibattito di politica sanitaria degli ultimi anni, è stato la ricerca di un modello nuovo di intervento pubblico in Sanità, capace di elevare il livello di efficienza del sistema senza pregiudicarne l'equità, ed in particolare la tutela delle fasce deboli della popolazione.

Con queste premesse, sembra corretto impostare una panoramica internazionale sulla Sanità a partire dal dibattito sulle riforme dei servizi sanitari più evoluti, in quanto esso incide, in maniera rilevante, anche sulle politiche dei Paesi in transizione: questi ultimi, infatti, tendono ad importare le scelte dei Paesi più sviluppati, che sono spesso anche i finanziatori dei loro progetti di sviluppo.

In questa ottica, senza pretesa alcuna di esaustività, ci soffermeremo su alcuni punti chiave:

- il livello di soddisfazione dei cittadini e l'impatto che ne deriva sulle riforme;
- le modificazioni nell'integrazione fra settore pubblico e privato nei sistemi sanitari;
- l'evoluzione della domanda sanitaria;
- l'organizzazione dei sistemi sanitari;
- il finanziamento e la copertura assistenziale del servizio pubblico;
- le capacità del sistema sanitario di rappresentare un motore di sviluppo economico, oltre che un costo sociale.

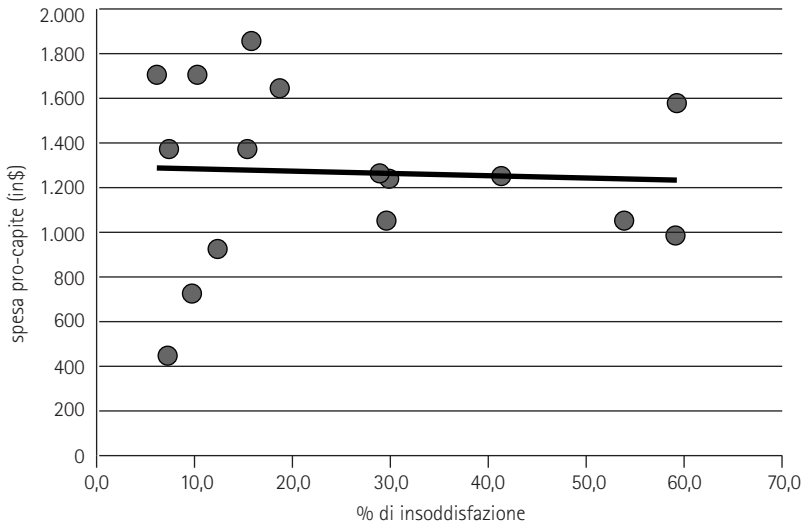
Per quanto già parzialmente accennato, in questa peraltro arbitraria lista di temi di riflessione, non trova adeguata rappresentazione quel terzo di popolazione

mondiale che stenta ancora a sopravvivere: ad essa abbiamo ritenuto di dedicare una riflessione finale ("last ma assolutamente non least…"), forse provocatoriamente intitolata "La Sanità degli altri".

6.1. Il livello di soddisfazione dei cittadini [1]

La soddisfazione degli utenti verso il proprio Servizio Sanitario dovrebbe rappresentare il principale interesse degli Stati, che alla Sanità destinano quote variabili ma comunque importanti del prelievo fiscale e contributivo.
In realtà l'attenzione delle grandi ipotesi riformatrici, sembra orientata più verso il contenimento delle risorse da destinare al settore, che non all'utente ed ai suoi bisogni primari. Le politiche governative appaiono, infatti, fortemente squilibrate in questo senso verso gli interventi sul lato dell'offerta.
Volendo, di contro, partire dagli individui, dobbiamo osservare che un terzo[2] della popolazione europea dichiara di trovare difficoltà ad esercitare la sua attività quotidiana a causa di "una malattia, un handicap od un problema di salute cronica di natura fisica o mentale", e che l'11% è ricorsa, nei 12 mesi precedenti l'indagine, a servizi ospedalieri.

GRAFICO 6.1.1. Relazione tra livello di soddisfazione e spesa nei Paesi UE



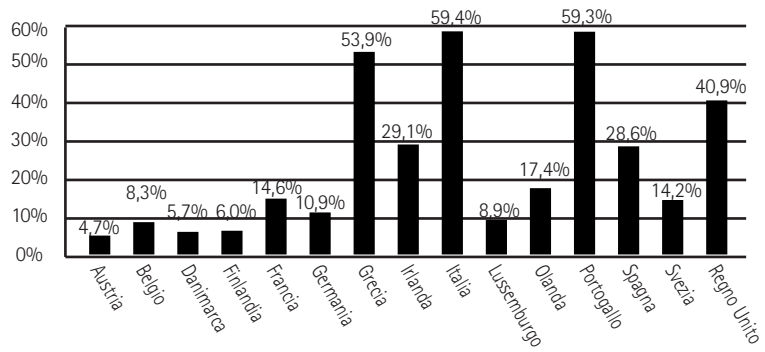
Fonte: Elaborazione su dati Eurobarometro 1996

Non c'è quindi dubbio sull'importanza del fattore salute sulla vita quotidiana della popolazione. La salute dei cittadini europei appare peraltro buona: 2 cittadini su 3 giudicano come molto buono (22%) o buono (43%) il proprio stato di salute; solo 1 su 10 si dichiara in cattivo (7%) o pessimo (3%) stato di salute.
Passando al grado di soddisfazione della popolazione verso il proprio Servizio Sanitario (SS), possiamo osservare di contro una notevole disparità di giudizi; l'indagine denominata Eurobarometro evidenzia come in Austria, Belgio, Danimarca e Finlandia oltre il 90% dei cittadini intervistati esprime un giudizio di soddisfazione per il proprio Servizio Sanitario; appena meno bene, in Svezia, Germania, Francia, Olanda e Lussemburgo dimostra il suo gradimento l'80%

1. Le tabelle statistiche relative alla seguente sezione sono disponibili in allegato sul CD di Prometeo, numerate da A01 a A05.
2. Cfr. Statistiques en bref, population et conditions sociales, 12/1997 Eurostat.

della popolazione, mentre l'Irlanda, la Spagna e il Regno Unito si attestano sul 60% di gradimento. All'altro estremo, sotto il 40% di cittadini soddisfatti, troviamo solo l'Italia ed il Portogallo.
In Italia troviamo, in particolare, la percentuale più alta di coloro che non sono soddisfatti (oltre il 59%).
Appare lecito confrontare il livello di soddisfazione con la spesa pro-capite per la Sanità, chiedendosi se fra le due variabili esiste un legame: vediamo come la Danimarca, con soli $ 362 ha il primato della minore spesa a fronte di un livello alto di soddisfazione (oltre il 93%). Dei 4 Paesi con meno di $ 1.000 pro-capite di spesa sanitaria (Danimarca, Belgio, Germania e Portogallo) la sola repubblica portoghese ottiene un livello di soddisfazione intorno al 40%, mentre tutti gli altri sono intorno al 90%.

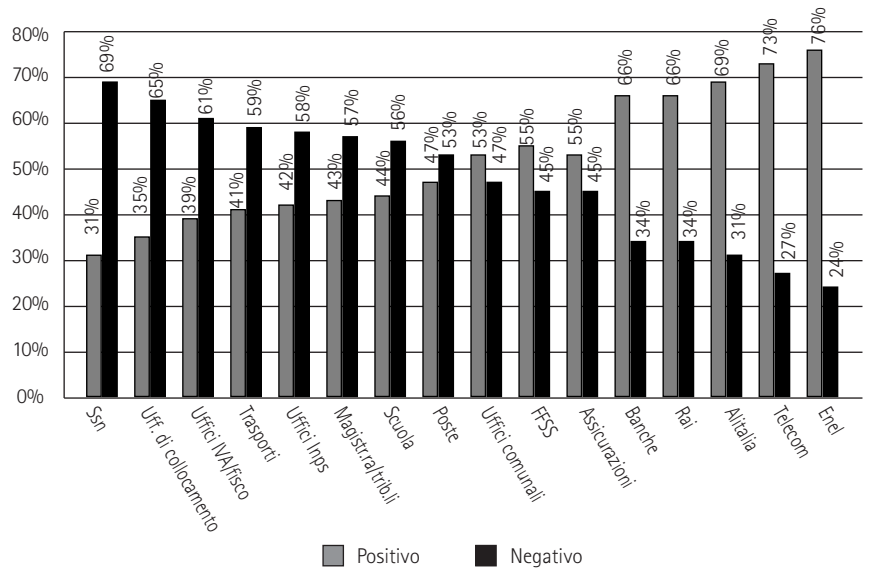
GRAFICO 6.1.2. Livello di insoddisfazione dichiarata



Fonte: elaborazione su dati Eurobarometro 1996

All'altro estremo, in termini di spese pro-capite, la Francia (con una spesa pro-capite di oltre $ 1.800) ha un livello di soddisfazione superiore all'80%, come anche Olanda, Lussemburgo ed Austria, mentre l'Italia con $ 1.561 di spesa pro-capite, ha come detto soltanto il 40% di soddisfazione complessiva. In generale

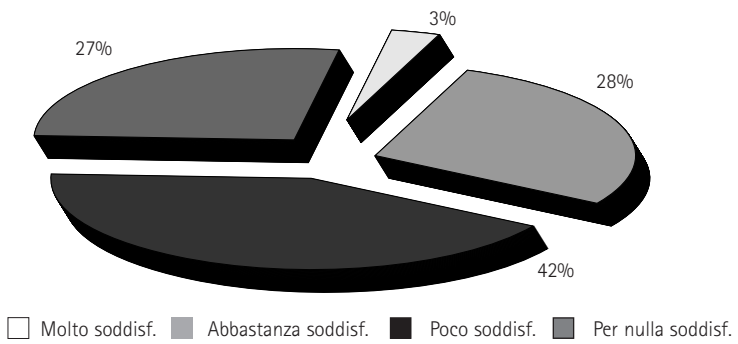
GRAFICO 6.1.3. Giudizio sui servizi pubblici in Italia



Fonte: I cittadini e il Ssn, Ed. Il Mulino 1996

non sembra quindi esserci diretta relazione tra spesa e soddisfazione.
Nei Paesi dove il grado di soddisfazione è elevato, ovviamente, non si registrano intenti riformatori da parte del corpo sociale, se non la richiesta di piccoli cambiamenti per migliorare l'efficienza complessiva del sistema: essi sono richiesti in questi termini in Finlandia dal 51% degli intervistati, seguita da Svezia e Francia con percentuali intorno al 40% e Germania, Danimarca, Austria e Belgio con percentuali intorno al 30%.
Specularmente, e supportati da giudizi negativi sulla qualità percepita, sono richiesti cambiamenti fondamentali in Grecia (44%), Italia (43%) e Portogallo (38%).
In Italia, 3 cittadini su 4 chiedono fondamentali cambiamenti nel Servizio Sanitario, in Grecia ed in Portogallo il 70% e anche nel Regno Unito la metà dei cittadini vorrebbe modifiche del sistema. Si noti ancora, sebbene si chieda in generale una migliore allocazione delle risorse, contemporaneamente si richiede di salvaguardare o aumentare l'ammontare delle risorse destinate alla Sanità; la richiesta di spendere di più per il Servizio Sanitario vede in testa la Grecia con l'87%, seguita dal Regno Unito (81%), Portogallo (80%) ed Irlanda (71%).
Il criterio di finanziamento preferito per assicurare interventi economici aggiuntivi ai Servizio Sanitario, vede predominare il criterio del risparmio da effettuarsi su altri settori di spesa; spiccano, comunque, le percentuali di cittadini che nel Regno Unito (28%), Svezia (23%) e Danimarca (17%) ritengono che gli interventi in Sanità debbano essere finanziati mediante l'aumento delle tasse.
Un ulteriore aspetto è quello connesso alla possibilità di limitare l'assistenza sanitaria pubblica ad un pacchetto di servizi base; i Paesi nei quali tale opzione riscuote maggiore successo sono l'Austria (51%) e l'Italia (45%), seguiti sempre intorno al 40% da Irlanda, Finlandia, Francia e Olanda. In maggiore disaccordo con tale approccio troviamo, invece, i cittadini della Svezia (77%), del Regno Unito (74%) e della Danimarca (66%), ovvero quelli dei Paesi con una tradizione più antica di Welfare State di stampo universalistico.
Nell'analisi presentata l'Italia appare quindi essere un caso anomalo fra i Paesi europei; e quindi può essere utile una analisi più di dettaglio; il livello di soddisfazione dei cittadini verso il Ssn, come detto, è molto basso, la spesa destinata alla Sanità è comunque tra le più elevate, la politica del governo è storicamente giudicata in modo negativo.
Dobbiamo però osservare che i risultati di una ricerca Eurisko (limitata al nostro Paese) pur confermando i dati emersi dall'indagine europea, fintanto che si osserva il Ssn dall'"esterno", introducono nuovi spunti di riflessione.

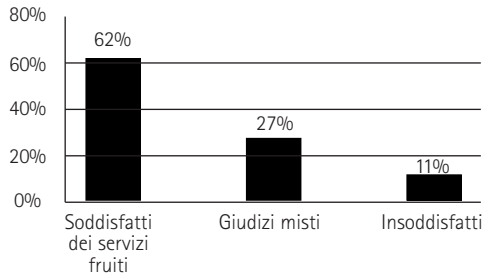
GRAFICO 6.1.4. Giudizi sulla qualità del servizio offerto dal Ssn italiano



Fonte: I cittadini e il Ssn, Ed. Il Mulino 1996

Alla domanda su come giudica in generale la qualità del servizio offerto dal Ssn, gli italiani intervistati hanno espresso valutazioni critiche per quasi il 70%; confrontando il Ssn con gli altri servizi pubblici, si rileva ancora come esso sia quello con giudizio peggiore, seguito dagli uffici di collocamento (65% di insoddisfatti), dagli uffici IVA\Fisco (61%), dai trasporti pubblici urbani (59%) e dagli uffici INPS (57%).

GRAFICO 6.1.5. Giudizi sui servizi del Ssn italiano fruiti



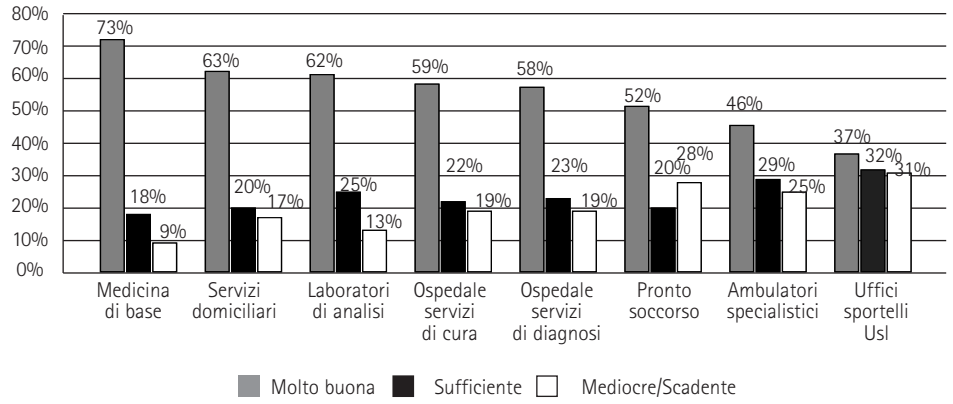
Fonte: I cittadini e il Ssn, Ed. Il Mulino 1996

Raccolgono invece consensi i servizi più "privatistici", quali quelli offerti da Enel, Telecom, Alitalia, Rai e Banche (tutte al di sopra del 66% di gradimento).
Da ciò si può notare come per gli italiani siano percepiti negativamente i servizi più "delicati" e personali, quelli dove si è coinvolti in momenti particolari della propria vita: salute, lavoro, tasse in primo luogo.
In questo contesto è però necessario aggiungere alcune osservazioni. In primo luogo bisogna sottolineare come il grado di apprezzamento del Ssn è comunque cresciuto nel corso degli anni passando dal 17% del 1993 al 31% del 1995[3] .
In secondo luogo la soddisfazione sembra legata al contesto ambientale, all'età, allo stato di salute e all'istruzione degli intervistati; infatti appaiono decisamente più soddisfatti i residenti del Nord (Est) e dei piccoli centri, le persone mature e anziane (+55 anni) ed i molto giovani (14-17 anni), e coloro che hanno livello di istruzione basso.
Dobbiamo ancora rilevare come i giudizi dei cittadini si modificano drasticamente se limitiamo il campione a coloro che hanno effettivamente fruito dei servizi.
Tra coloro che negli ultimi sei mesi (data della rilevazione: 1996) hanno fruito del Ssn, il 62% si è dichiarato soddisfatto, il 27 % ha dato giudizio misto (soddisfatto\insoddisfatto), mentre solo l'11% si è detto insoddisfatto.
Tra l'altro si può notare come i singoli servizi ottengono valutazioni migliori rispetto al Ssn nel suo complesso.
Nella classifica sulla qualità del servizio, la medicina di base è al primo posto (73% di soddisfatti) seguita dai servizi domiciliari, laboratori ed ospedali in generale; ambulatori , uffici e sportelli di Usl\Asl sono invece agli ultimi posti.
In una recente indagine (Istat 1998), relativa la livello di soddisfazione verso i servizi ospedalieri, si osserva come il 35,6% degli intervistati appare molto soddisfatto verso l'assistenza medica, il 34,4% dell'assistenza infermieristica e solo il 25,9% dei servizi igienici. A livello regionale, il giudizio positivo sul livello dell'assistenza medica passa però dal 63% rilevabile a Bolzano (seguito dal 58% di Trento) al 17,4% della Puglia; il Nord complessivamente vede il 47,9% dei cittadini soddisfatti, il Centro il 31,1% ed il Sud solo il 21,8%. Analogamente per l'as-

3. Cfr. I cittadini e Ssn - Ed. il Mulino pag.43

sistenza infermieristica si registrano valori complessivamente analoghi a quelli espressi per l'assistenza medica, con l'eccezione del Centro che si attesta al 26,8%; i servizi igienici sono infine, al Nord, molto soddisfacenti per il 36,6%, al Centro per il 19,1% ed al Sud per il 16% dei cittadini.

GRAFICO 6.1.6. Soddisfazione sui principali servizi del Ssn



Fonte: I cittadini e il Ssn, Ed. Il Mulino 1996

In generale i tempi di attesa eccessivi, la scortesia e l'assenza di disponibilità rappresentano i primi motivi di insoddisfazione denunciati, mentre la professionalità e la competenza dei medici e del personale rappresentano, unitamente a gentilezza, disponibilità e cortesia, i motivi che conducono ad un giudizio positivo.

I fattori organizzativi hanno quindi un impatto importante; una recente indagine Istat mostra che il 34,2% della popolazione italiana sostiene attese presso le AZiende USl di oltre 20 minuti, il 27,9% al Nord, il 34,9% al Centro, il 44,5% al Sud. Gli orari di apertura delle Aziende Usl sono giudicati comodi dal 67,0% della popolazione, giudicati migliori al Nord (71,9%), in media al Centro (67,1%) e nettamente sotto la media al Sud (58,%). Con l'aumentare dell'età, e del tempo a disposizione, gli orari appaiono sempre più comodi (dal 55,2% per la classe 18-24 al 77,7% della classe 65-74). Gli orari meno comodi si hanno in Sardegna (44,9%) mentre quelli migliori in Valle d'Aosta (84,3%).

In definitiva, Salute e Sanità rappresentano settori dove esprimere e raccogliere giudizi è affare complesso; possiamo infatti verificare che molti sono i fattori che influenzano tali giudizi e non sempre legati alla sola effettiva qualità delle prestazioni effettuate e\o ricevute. L'importanza che la salute ha per le persone è tale da condizionare i giudizi sul Servizio Sanitario, esasperando sia quelli negativi che quelli positivi; in Italia in particolare si assiste ad una crisi di credibilità del sistema, dimostrata dalla discrasia fra i giudizi della popolazione e di quelli che hanno effettivamente fruito del Ssn.

La soddisfazione appare legata più a fattori psicologici e culturali, che all'efficacia o all'efficienza del servizio.

L'orientamento verso la *customer satisfaction* rappresenta quindi in tutti i Paesi un obiettivo da perseguire da parte sia dei *policy maker*, che degli operatori, ma in l'Italia il tema è certamente più "scottante" che altrove.

home

6.2. L'integrazione del Pubblico e del Privato [4]

"Protecting the nation's health is one of the primary duties of a Government, and the physical health of a nation is inextricably linked to its economic health. Illness limits people's autonomy, reduces their participation in employment and increases their dependence on health services. Thus, poor health negatively affects labour mobility, productivity and public spending. Rising demand for health services and increasing cost of medicines could trigger a vicious cycle of upward spending on public spending, poor economic performance and deteriorating standards of living which could in turn jeopardise other measures taken to improve health[5]".

Il brano preso in prestito dal WHO introduce immediatamente al tema dell'integrazione degli apporti pubblici e privati alla tutela della salute. Tema che non può prescindere dalla questione economica e dal ruolo dell'intervento pubblico. 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 infatti 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 particolarmente accentuata.

Se la tradizionale distinzione tra sistemi sanitari caratterizzati dal prevalente finanziamento statale e quelli alimentati, per lo più, da fondi privati sembra aver perso significato, non si può certo dire che il panorama internazionale si caratterizzi per omogeneità; al contrario, l'immagine che si ricava dal confronto tra i vari sistemi sanitari risulta quanto mai variegata, sia sotto il profilo del finanziamento sia per quel che concerne le voci di spesa. È sufficiente guardare alla realtà europea per avere una conferma in tal senso. Vogliamo però iniziare prendendo le mosse proprio dalla realtà statunitense, nella quale il cambiamento in esame è stato particolarmente accentuato, ed è spesso citata senza la dovuta attenzione ai fatti reali che ivi evolvono. Notiamo subito che la spesa sanitaria pubblica ha subito negli Stati Uniti una crescita continua a partire dal 1965, anno nel quale sono stati introdotti i programmi Medicare[6] e Medicaid[7].

La pressione esercitata sul bilancio federale da tale voce è risultata talmente forte da indurre l'Amministrazione Clinton a varare severe misure di contenimento: nel 1997, con il Balanced Budget Act ("BBA"), sono stati programmati tagli alla spesa sanitaria pubblica che, per il quinquennio 1997-2002, dovevano risultare pari a $ 115 miliardi. L'estremo rigore delle misure adottate ha addirittura consentito di ottenere riduzioni di spesa più elevate del previsto: le stime del Congressional Budget Office hanno mostrato che, in considerazione dei risultati ottenuti già nei primi anni di efficacia del BBA, i risparmi complessivi derivanti da tale provvedimento avrebbero dovuto risultare superiori di ben $ 95 miliardi rispetto a quanto inizialmente preventivato.

---

4. Le tabelle statistiche della seguente sezione sono disponibili in allegato sul CD di Prometeo, numerate da A06 a A11.

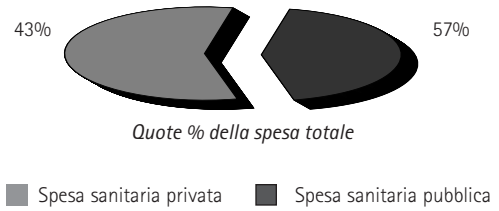
5. World Health Organisation, 1997 Report on the World Social Situation.

6. Medicare (Titolo XVIII del Social Security Act) è un programma finanziato dal Governo federale, mirante a garantire la copertura per prestazioni mediche ed ospedaliere ai soggetti di età superiore ai 65 anni e ad alcune categorie di disabili.

7. Medicaid (Titolo XIX del Social Security Act) è un Programma finanziato sia dal Governo federale sia dai singoli Stati ed amministrato da questi ultimi nel rispetto delle linee guida fissate dal Governo federale. Medicaid è finalizzato a garantire assistenza medica ed ospedaliera a soggetti in condizioni economiche disagiate.

Dinanzi a risultati di questo tipo l'Amministrazione, al fine di evitare che la riduzione troppo drastica della spesa pubblica generasse una situazione di disagio sociale, ha ritenuto opportuno introdurre un piano correttivo. È nato in questo contesto il Balanced Budget Refinement Act del 1999, che – secondo il Congressional Budget Office – accrescerà la spesa pubblica legata al programma Medicare di $ 0,5 miliardi entro il 2000 e, dato più rilevante, di $ 10,4 miliardi negli anni dal 2001 al 2004.
L'effetto dei provvedimenti adottati al fine di ridurre la spesa sanitaria pubblica si è inoltre sommato ad una serie di altri fenomeni – tra i quali degno di nota è il diffondersi delle Managed Care Organizations (MCOs[8]) – che hanno contribuito a determinare un rallentamento nel tasso di crescita della spesa sanitaria totale: a fronte di un tasso di crescita medio annuo che nel corso degli anni '80 è stato pari al 5,1%, gli anni '90 hanno fatto registrare un tasso pari al 4,2% nel triennio 1990-92 e pari all'1,5% nel triennio 1993-95.

GRAFICO 6.2.1. Spesa sanitaria 1997 pubblica e privata negli Stati Uniti



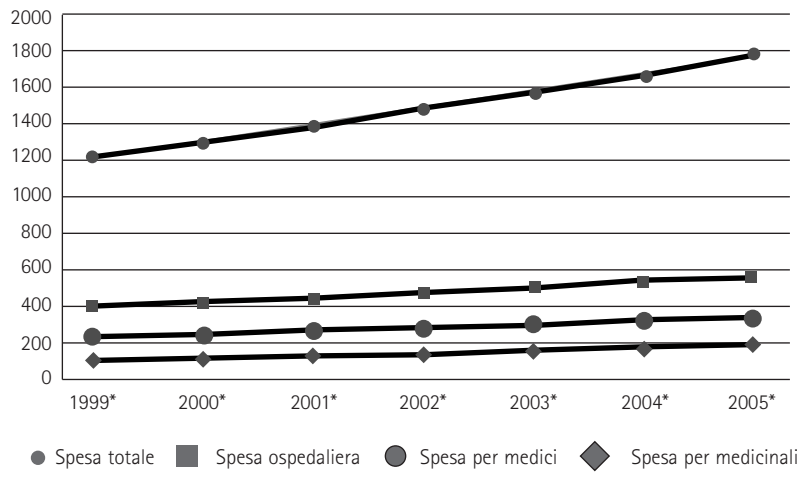
Fonte: OCSE

Le proiezioni della Health Care Financing Administration (HCFA) fanno ad ogni modo prevedere una ripresa della crescita della spesa sanitaria: in particolare è previsto un aumento del tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica, a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'ingresso della generazione dei baby boomers nella fascia di età tutelata dal programma Medicare. Stime Ocse dimostrano che negli Stati Uniti il numero di soggetti di età superiore ai 65 anni raddoppierà entro il 2035. A tale data la percentuale di attivi sulla popolazione sarà pari al 45,0%.
Nel 1998 la spesa sanitaria pubblica ha consentito, attraverso il programma Medicare, di erogare prestazioni per un importo di oltre $ 200 miliardi: più precisamente, nell'ambito dell'assicurazione ospedaliera (Parte A del programma[9]) sono state finanziate cure per 39 milioni di cittadini (tra cui 33 milioni di anziani e 4 milioni di disabili) per una spesa complessiva di $ 134 miliardi; nell'ambito dell'assicurazione medica integrativa (Parte B del programma[10]) sono stati coperti 37 milioni di individui, con un onere totale di $ 76,1 miliardi, il 4,6% in più

8. Le Managed Care Organizations forniscono ai soggetti tutelati servizi di diverso genere attraverso una rete di operatori convenzionati.
9. Per Parte A del programma Medicare si intende l'assicurazione per cure ospedaliere garantita automaticamente agli ultrasessantacinquenni ed ai disabili aventi diritto alle prestazioni del sistema di Sicurezza sociale. La Parte A assicura il rimborso per le cure ospedaliere, le spese per assistenza infermieristica specializzata e l'assistenza domiciliare.
10. La Parte B di Medicare fornisce copertura integrativa per prestazioni mediche ai soggetti di età superiore ai 65 anni ed ai disabili tutelati anche nell'ambito della Parte A del programma.
11. La fonte di finanziamento principale di Medicare è rappresentata, per quel che concerne la Parte A, dalla contribuzione obbligatoria a carico di lavoratori e datori di lavoro, ai quali è imposto il versamento di una quota pari all'1,75% del reddito imponibile (2,90% nel caso dei lavoratori autonomi). Nel 1998 la contribuzione obbligatoria ha garantito l'88% delle risorse finanziarie impiegate nella parte A del programma. I mezzi finanziari necessari per la Parte B provengono in massima parte dalla fiscalità generale (che ha contato per il 73% nel 1998).

rispetto all'anno precedente[11].
Secondo dati della HCFA relativi al 1997, la voce di spesa più importante per il programma Medicare è stata quella relativa agli ospedali (57,6%), seguita dalla spesa per personale medico (21,6%), assistenza domiciliare (6,0%), nursing homes (4,7%), altri servizi professionali (4,1%), prodotti oculistici (2,8%), medicinali (0,5%) ed infine spese amministrative.

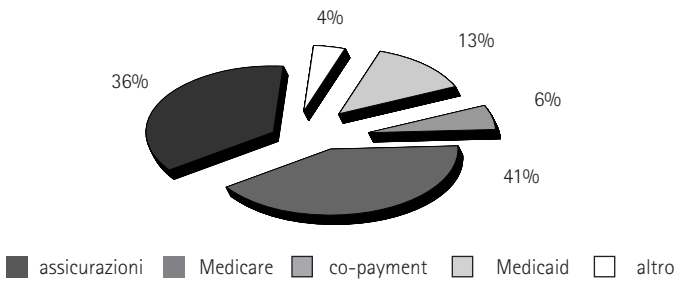
GRAFICO 6.2.2. Previsioni di crescita della spesa pubblica negli Stati Uniti



Fonte: Miliardi di $ - Fonte: HCFA

L'altro programma pubblico (Medicaid) varato al fine di assicurare cure mediche agli indigenti, ha garantito nel 1998 la copertura di spesa sanitarie per 33 milioni di Americani in situazioni economiche disagiate, con un onere complessivo di $ 168 miliardi[12]. Uno sguardo alla ripartizione della spesa sanitaria pubblica complessiva dimostra come, malgrado gli sforzi di contenimento attuati, in particolare, con l'introduzione a partire dal 1983 del Prospective Payment System basato sui Drg (Diagnosis Related Groups), la voce di spesa di maggior rilievo sia quella relativa agli ospedali.
Il sistema ospedaliero statunitense annovera 6.500 strutture di acute care, delle quali l'85% opera secondo criteri no profit. Estremamente interessante è il confronto elaborato da Standard & Poor's tra le fonti di finanziamento (payor mix) degli ospedali no profit e quelli for profit.

GRAFICO 6.2.3. Fonti di finanziamento di ospedali for profit negli Stati Uniti

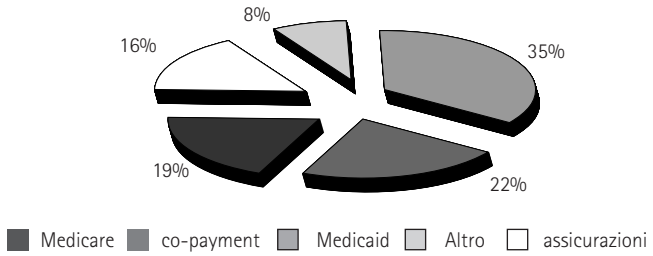


Fonte: Standard & Poor's

12. Il finanziamento del programma Medicaid è stato garantito per il 57% dal Governo federale e per il 43% dai singoli Stati.

È chiaro, dai dati riportati, come gli ospedali pubblici assistano un numero maggiore di soggetti coperti dal programma Medicaid rispetto a quelli privati. Questo perché mediamente il rimborso garantito da Medicaid risulta inferiore al costo del servizio reso dagli ospedali. Assistere pazienti coperti dal programma in esame significa, dunque, per le gestioni ospedaliere, accettare una riduzione dei margini di profitto.

GRAFICO 6.2.4. Fonti di finanziamento di ospedali non profit in USA



Fonte: Standard & Poor's

Alla luce di tale considerazione si può comprendere come sia complesso per il Governo federale e per i diversi Stati valutare possibili interventi di contenimento della spesa relativa al programma Medicaid ed accrescere i benefici da questo garantiti, stante il rischio di accentuare le differenze di trattamento legate al reddito.

Un aspetto relativo alla spesa pubblica che merita sicuramente menzione riguarda la diffusione negli Stati Uniti delle cosiddette Assisted Living Facilities (centri di assistenza e cura per anziani non affetti da patologie gravi) e la scelta da parte di molti Stati di sviluppare dei programmi di copertura delle spese connesse a questo tipo di assistenza nell'ambito di Medicaid. Secondo diverse fonti tale voce è destinata ad assumere un peso sempre più rilevante nell'ambito della spesa pubblica, in ragione dei cambiamenti demografici in atto.

Per quel che concerne la spesa privata, infine, è interessante notare come il diffondersi delle Health Management Organizations (HMO's) abbia determinato una riduzione delle adesioni alle tradizionali assicurazioni. Rispetto ai piani assicurativi, infatti, le HMO's garantiscono in genere una più ampia gamma di servizi a costi più contenuti.

Secondo quanto riportato in Hoechst Marion Roussel's Managed Care Digest Series, nel 1998 le HMO's hanno coperto circa il 31,2% della popolazione americana, contro il 29,2% registrato nel 1997 (ed il 25,7% nel 1996).

A fronte dell'evoluzione della Sanità statunitense che, sebbene all'interno di un sistema non universale, vede un imponente intervento pubblico, abbiamo che in Europa, dopo avere sperimentato negli ultimi decenni una crescita della spesa pubblica accentuata, si assiste ora ad un rallentamento iniziato a partire dai primi anni '90. In diversi Paesi europei, infatti, durante tali anni sono state varate riforme di portata più o meno vasta finalizzate a contenere la spesa pubblica in campo sanitario. A fronte di una crescita media annua della spesa pubblica che tra il 1985 ed il 1990 si è attestata intorno al 4,25%, negli anni '90 si è registrato un deciso rallentamento: la spesa è cresciuta in media del 2,6% tra il 1990 e il 1993 e soltanto del 1,8% nel 1996.

Nonostante gli interventi di contenimento attuati in più Paesi, la fonte pubblica ha mantenuto in ambito UE un'importanza primaria per quel che concerne il

finanziamento del sistema sanitario. Dati Ocse dimostrano che nel 1997 la spesa pubblica ha rappresentato – in pressoché tutti i Paesi UE – una quota non inferiore al 60% della spesa sanitaria totale. Nel 1997, il Paese con il rapporto spesa pubblica-privata più elevato è risultato il Lussemburgo, con una spesa pubblica pari al 91,8% della spesa totale. Particolarmente elevato è apparso anche il dato relativo a Belgio (87,6%), Regno Unito (84,5%) e Svezia (83,3%).

Nella quasi totalità dei Paesi UE è il settore ospedaliero (inpatient care[13]) ad assorbire la quota più ampia di risorse pubbliche. Secondo dati OCSE, la percentuale di spesa pubblica per il settore ospedaliero (rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica) varia nel 1996 da un valore minimo del 17,6% (dato relativo all'Austria), fino ad un massimo del 75,7% (Danimarca). 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 dell'Unione la quota più importante della spesa ospedaliera pubblica (in Francia e in Portogallo, ad esempio, la spesa per unità di acute care ha rappresentato nel 1996 rispettivamente il 97,9% ed il 95,7% della spesa ospedaliera). Gli oneri relativi alle nursing homes, 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.

La spesa pubblica per cure ambulatoriali si è attestata, nel 1996, su valori (espressi in percentuale della spesa pubblica totale) compresi tra il 10% (Irlanda) ed il 48% (Lussemburgo). In Lussemburgo e Finlandia la spesa per outpatient care prevale su quella per inpatient care.

La spesa per prodotti farmaceutici, infine, è andata da un minimo del 5,7% in Grecia ad un massimo del 27,7% in Portogallo.

In molti Paesi dell'Unione europea i tagli apportati alla spesa farmaceutica di fonte pubblica sono stati particolarmente significativi. Ciò ha avuto un riflesso, secondo gli analisti, sul mercato farmaceutico, generando un'ondata di fusioni (la società svedese Astra AB con Zeneca Group plc. nel febbraio 1999 e le francesi Sanofi e Synthelabo nel maggio 1999, per citare alcune delle più recenti) finalizzate a consentire un recupero di economicità attraverso una più efficiente gestione dei costi.

Alle due "macro evoluzioni" sinteticamente descritte per Stati Uniti ed Europa, possiamo ricondurre l'esperienza anche di molti altri Paesi. In Canada, ad esempio, alla crescita rapida e sostenuta della spesa sanitaria pubblica registrata nel corso degli anni '70 e '80, si è contrapposto un sensibile rallentamento negli anni '90. Nel 1980 la spesa di fonte pubblica costituiva il 75,7% della spesa totale, mentre al 1990 il dato in esame si è attestato al 74,4%, per scendere fino al 68,7% nel 1997. Anche in Canada, infatti, durante gli anni '90 sono stati adottati provvedimenti finalizzati a contenere l'aggravio dei conti pubblici generato dalla spesa sanitaria.

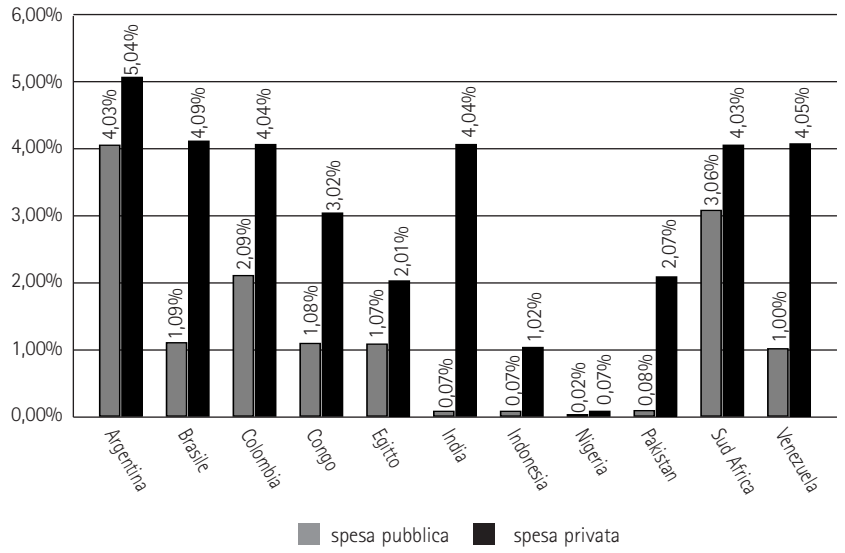
Come è facile desumere, in tali anni, la spesa privata ha assunto un peso rilevante, come sottolinea il Canadian Institute for Health Information, da un intervento privato concentrato inizialmente nei settori non coperti in base al Canada Health Act, si è passati ad una funzione di integrazione, in tutti i settori, della spesa pubblica che è andata assottigliandosi. Nel 1996, il settore privato ha partecipato alla spesa pubblica con un contributo di circa 22,4 milioni di dollari.

Possiamo infine notare che la tendenza ad una contrazione della quota di spesa pubblica, pur generale, non è assoluta: ad esempio non ha trovato riscontro in

13. In questa categoria vengono incluse le spese relative agli ospedali per acute care, agli ospedali psichiatrici ed alle nursing homes.

Australia, laddove il dato di spesa ha registrato una crescita ininterrotta a partire dagli anni '70.
Nel 1997 l'Australia ha un livello di spesa pubblica pari al 68,7% della spesa sanitaria totale. Di contro, sempre in Oceania, la Nuova Zelanda ha visto la crescita della spesa sanitaria pubblica subire un rallentamento già a partire dagli anni '80, per attestarsi nel 1996 al 76,7% della spesa totale.
Un confronto tra la spesa sanitaria nei Paesi industrializzati e in quelli economicamente meno avanzati mette invece in luce realtà assai diverse.
Come è naturale attendersi, i Paesi più ricchi impiegano in Sanità quote maggiori di risorse economiche rispetto ai Paesi in via di sviluppo. Questi ultimi, inoltre, si caratterizzano per una ridotta presenza dello Stato in Sanità.

GRAFICO 6.2.5. Spesa sanitaria nei Paesi con prevalenza di spesa privata – Valori 10 % del PIL



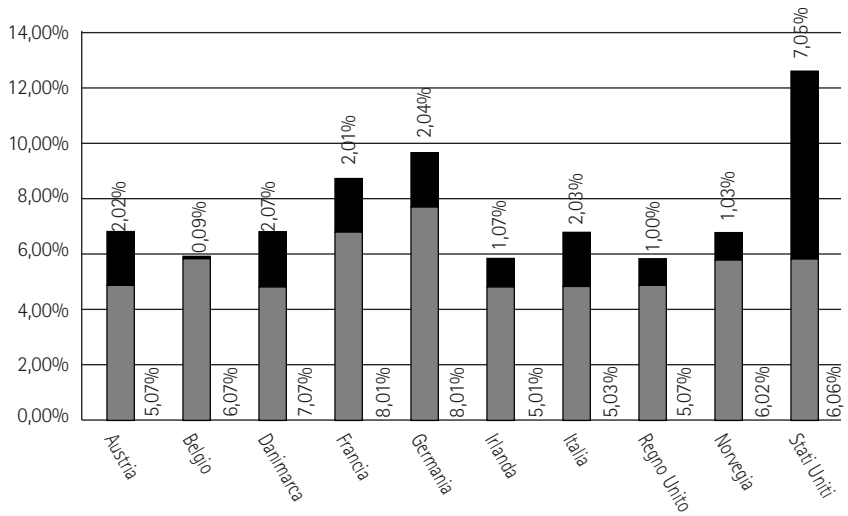
Fonte: The World Bank

La tutela della salute, dunque, in questi Paesi, resta affidata per lo più all'iniziativa del singolo, mentre altre voci di spesa occupano un posto prioritario nel bilancio pubblico. Nonostante le differenze, talvolta particolarmente marcate, nell'organizzazione dei sistemi sanitari dei diversi Paesi, alcune problematiche sembrano quindi superare i confini geografici.
Come si è posto in evidenza, la necessità di limitare l'intervento dello Stato, imposta per lo più da esigenze di risanamento della finanza pubblica, è stata condivisa nel corso degli anni '90 dalla maggior parte dei Paesi industrializzati.
Le soluzioni scelte per accrescere l'efficienza e favorire un più ampio coinvolgimento dei privati nel finanziamento della Sanità sono risultate anch'esse talvolta simili.
In molti Paesi il tentativo di contenere gli oneri per ospedali si è tradotto nell'incentivazione dell'outpatient care. La possibilità di limitare la spesa pubblica per tale via è stata favorita dalla disponibilità di tecnologie avanzate da impiegare al di fuori degli ospedali. Le modalità di finanziamento della spesa ospedaliera sulla base dei costi sostenuti sono state abbandonate per lo più abbandonate, introducendo sistemi atti a stimolare l'efficienza, come quello dei Drg.
La spesa farmaceutica pubblica è stata limitata imponendo una maggiore compartecipazione ai costi da parte dei privati.

home

Vi sono poi fenomeni specifici nell'ambito dei singoli Paesi che meritano sicuramente attenzione: è il caso delle MCOs statunitensi, che, come si è messo in evidenza, rappresentano sempre più una concreta alternativa ai tradizionali piani assicurativi. Alle MCOs viene riconosciuto dagli esperti il merito di garantire una più efficiente gestione dei costi. Per quel che concerne il rapporto tra pubblico e privato in Sanità, non si può, infine, fare a meno di notare come in tutti i Paesi industrializzati si registri una rilevante partecipazione dello Stato al finanziamento del sistema sanitario.
Sempre più sfumate, sotto questo profilo, risultano le tradizionali distinzioni tra sistemi mutualistici, sistemi sanitari finanziati attraverso il prevalente ricorso alla fiscalità generale e sistemi "privatistici"; in tutti i casi si nota, infatti, indipendentemente dallo schema di finanziamento adottato, come la spesa pubblica rappresenti una quota consistente, se non preponderante, della spesa totale. Tra l'altro è bene considerare che la spesa pubblica di Paesi tradizionalmente considerati "privatistici", quali gli Stati Uniti, risulta di fatto maggiore di quella di Paesi a Ssn universale, fra cui anche l'Italia.

GRAFICO 6.2.6. Spesa sanitaria: confronti fra Paesi con diversi sist. di finanz.to (Valori 10 % del PIL)



Fonte: The World Bank

Diversamente è possibile osservare dal raffronto tra i Paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo o appartenenti alle aree del cosiddetto "terzo mondo", come in questi ultimi la cultura dell'intervento pubblico in sanità sia ancora poco radicata: le esigenze vive in questi Paesi determinano, infatti, una diversa priorità di impiego delle risorse statali. Di conseguenza, come si è detto, è la contribuzione diretta dei singoli a costituire la fonte primaria di spesa per la salute.
È innegabile come la ridefinizione del ruolo dello Stato in sanità sia problema delicato, soprattutto per le implicazioni di carattere etico che essa presenta.
Se è vero che i processi di riforma sanitaria avviati nei Paesi industrializzati hanno mirato per lo più alla razionalizzazione della spesa, nel rispetto dei livelli di tutela, altrettanto innegabile è la difficoltà di perseguire tale obiettivo.
A rendere più complessa la situazione si aggiunge il cambiamento demografico in atto, con un processo di invecchiamento della popolazione che lascia prevedere un forte aumento degli oneri sanitari ed in particolare della quota a carico dello Stato.

Il processo di ridefinizione del ruolo pubblico in sanità impone, dunque, nei Paesi industrializzati, particolare cautela ed una costante supervisione, per scongiurare che un'eccessiva riduzione nelle garanzie di tutela possa pregiudicare il diritto alla salute dei cittadini.
Di contro, vale la pena di notare come al di fuori dell'ambito dei Paesi industrializzati e, dunque, per buona parte della popolazione mondiale, equità e solidarietà sociale, così come diritto alla salute dei cittadini, siano principi ancora estranei al modo di intendere la Sanità.

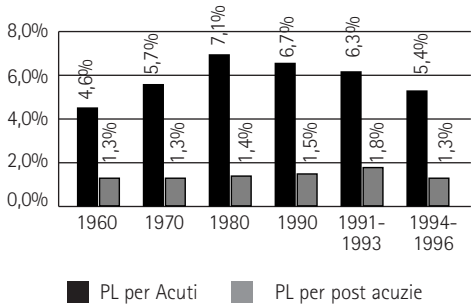
6.3. Organizzazione, risorse e attività dei Servizi Sanitari [14]

La riforma dei Servizi Sanitari nei Paesi europei, e quindi anche in Italia, come si è visto si caratterizza per una revisione globale del modo di intendere la Sanità, non tanto, quindi, come innovazione sul piano meramente organizzativo, quanto come trasformazione della stessa concezione di Servizi Sanitari.
In quest'ottica, la struttura di offerta e funzionamento dei Servizi Sanitari è attualmente in piena discussione, comportando notevoli effetti sulle attività svolte.
In generale, le risorse comprendono l'insieme delle disponibilità finanziarie, di personale, edifici, attrezzature e tecnologie necessari a fornire un determinato servizio. Delle disponibilità finanziarie si parla in altro capitolo; per le altre voci, la carenza di dati ci costringe a limitare l'analisi al personale ed al numero di letti, anche se, in presenza di una medicina sempre più permeata di tecnologie avanzate, il posto letto (PL) sempre meno rappresenta la reale capacità di offerta del settore. Un discorso a parte merita l'analisi dell'attività, affrontabile solo dal punto di vista dei prodotti intermedi (output), e quindi senza poter inferire direttamente alcunché sulla efficacia della stessa. Un'ultima avvertenza si rende necessaria: i dati sono infatti scarsamente confrontabili per effetto dei diversi metodi di rilevazione e delle convenzioni adottate. Inoltre risentono fortemente della diversa cultura clinica e delle differenti caratteristiche socio-economiche dei vari Paesi.
Con tali premesse, iniziando dall'analisi della rete ospedaliera si evince come il numero dei posti letto per acuti sia aumentato in quasi tutti i Paesi dal 1960 al 1980, salvo rare eccezioni (come ad esempio la Svizzera, che è passata da 8,1 a 7,1 posti letto per 1.000 abitanti).
Dal 1980 l'andamento si è invertito. In particolare, l'Italia è il Paese in cui si è registrato il taglio maggiore di letti (da 7,6 per 1.000 abitanti a 5,2), seguita da Australia (-2,2) e Svezia (-2,1).
Eccezioni alla suddetta tendenza sono rappresentate dall'Austria e dalla Germania, ove i posti letto sono invece aumentati rispetto al 1980.
Potremmo quindi affermare che, nonostante le migliori capacità diagnostiche, che implicano potenzialmente una riduzione delle degenze medie, fino alla fine degli anni '70 la Sanità sia stata fortemente "ospedale-centrica"; solo con l'inizio degli anni '80 in tutti i Paesi i vincoli di bilancio hanno modificato tale tendenza, portando ad un progressivo ridimensionamento della ricettività ospedaliera.
Resta da notare come, nonostante le riduzioni dei posti ed il riassestamento a livello macro-economico iniziato negli anni '80, fra i Paesi permangano (anche se in lieve riduzione) in ogni caso forti differenze nella dotazione ospedaliera, anche se, statisticamente, ciò è parzialmente addebitabile alla diversa classifica-

14. Le tabelle statistiche della seguente sezione sono disponibili in allegato sul CD di Prometeo, numerate da A12 a A24.

zione degli ospedali.
Nell'area tedesca il numero dei posti letto è infatti rimasto sempre più elevato rispetto alla media europea, in tutto il periodo analizzato; tale caratteristica può essere attribuita al sistema mutualistico vigente in quell'area europea, che certamente non incentiva una programmazione efficiente dell'offerta.
Da questo punto di vista, i Servizi Sanitari nazionali sembrano molto più efficienti: ad esempio, nel triennio 1994-96 nel Regno Unito si contavano in media solo 2 posti letto per 1.000 abitanti. La spiegazione di tale fenomeno può probabilmente essere attribuita alla maggiore rigidità dei costi nei Servizi Sanitari nazionali, per lo più caratterizzati da dotazioni organiche del personale legate ai posti letto esistenti, che configurano rilevanti costi fissi contenibili nel medio periodo solo con la riduzione dei posti letto.

GRAFICO 6.3.1. Dotazione max e min di posti letto nei Paesi sviluppati [15] (PL per 1.000 ab.)



Fonte: OECD Health data 1998

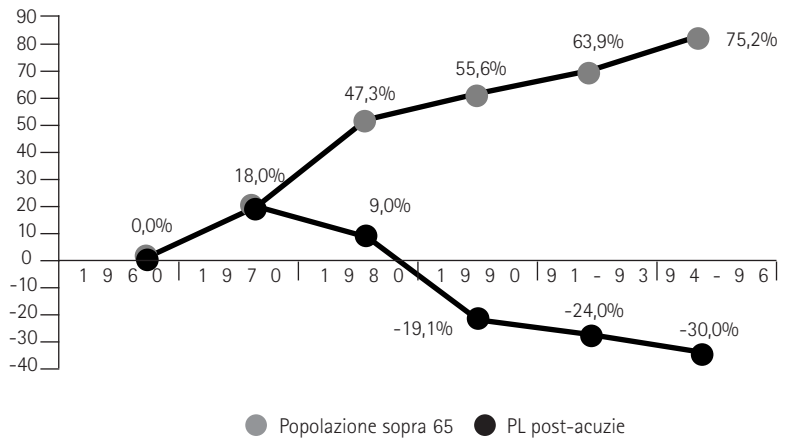
In questo contesto, una osservazione che risulta interessante riguarda ancora l'Italia: pur essendo un Paese con Servizio Sanitario nazionale, con i suoi 5,2 posti letto per 1.000 abitanti si avvicina al dato dei Paesi con sistema mutualistico; a oltre 20 anni dall'istituzione del Ssn, il nostro Paese evidentemente ancora risente dell'assetto mutualistico precedente.
Per quanto concerne i posti letto per non acuti fra il 1960 ed il 1970 essi sono aumentati in tutti i Paesi considerati, tranne che negli Stati Uniti.
Fra il 1970 ed il 1980 tale tendenza è proseguita con l'eccezione, questa volta, di Italia, Portogallo e Regno Unito. Fra il 1980 ed il 1990 sono invece diminuiti in quasi tutti i Paesi, ed infine nel corso degli anni '90 il trend è stato disomogeneo, anche se ancora con una tendenza alla diminuzione.
Giappone e Germania sono gli unici grandi Paesi sviluppati ad aver registrato un aumento significativo dei posti letto per non acuti negli ultimi anni.
In Italia la contrazione è stata fra le più rilevanti (-3,5 posti ogni 10.000 abitanti), arrivando ad uno standard nel triennio 1994-96 di 0,6 letti per 1.000 abitanti (riferiti alle strutture ospedaliere del Sistema sanitario nazionale).
Tale dotazione appare piuttosto esigua, considerando tra l'altro il rapido invecchiamento della popolazione, a fronte del quale la disponibilità di strutture post-acuzie riveste un ruolo importante, in particolar modo in assenza di un'assistenza domiciliare sviluppata.
Anche confrontando la quota di popolazione ultra 65-enne ed il numero dei posti letto per non acuti, si nota subito come si registrino condizioni profondamente dissimili fra i vari Paesi. La disparità fra i Paesi è andata crescendo nel

15. Sono stati presi in considerazione i Paesi UE ed altri Paesi quali: Islanda, Norvegia, Svizzera, Turchia, Polonia, Repubblica Ceca, Ungheria, Canada, USA, Giappone, Australia, Nuova Zelanda.

home

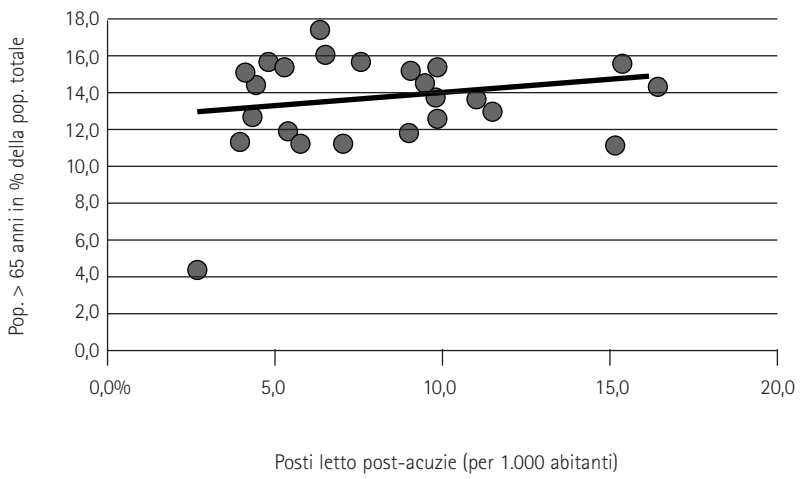
corso degli anni, come si evince dallo scarto di posti letto fra il paese più dotato e quello meno dotato.
In definitiva, sembra che sulla assistenza post-acuzie le politiche di contenimento della spesa abbiano pesantemente influito, molto più di quanto non abbiano agito sulla spedalità per acuzie; non si osserva infatti una chiara relazione fra popolazione anziana e disponibilità di letti post acuzie.
rendendo in esame l'apporto della ospedalità privata alla rete di offerta, si evince come a fronte di Paesi in cui il trend risulta in continua diminuzione come in Francia, Spagna e Stati Uniti, ve ne siano altri, ad es. Regno Unito e Giappone, che registrano almeno fino al 1990 una crescita continua.

GRAFICO 6.3.2. Andamento della popolazione sopra 65 e dei PL post-acuzie in Italia



Fonte: OECD Health Data 1998

GRAFICO 6.3.3. Relazione fra posti letto post-acuzie e popolazione ultra-65enne[16]



Fonte: elaborazione su dati 1994-96 OECD Health Data 1998

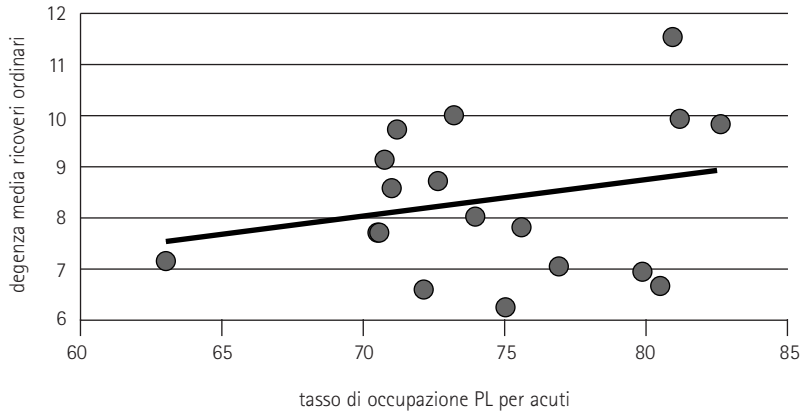
16. Sono stati presi in considerazione i Paesi UE ed altri Paesi quali: Islanda, Norvegia, Svizzera, Turchia, Polonia, Repubblica Ceca, Ungheria, Canada, USA, Giappone, Australia, Nuova Zelanda.

Un dato particolarmente evidente, è la forte diminuzione dei posti letto in Portogallo fra il 1970 ed il 1980 (da 3,5 a 0,9 posti letto per 1.000 abitanti).
Da una rapida panoramica sulla situazione dei vari Paesi in termini assoluti, risulta che Canada e Regno Unito sono i Paesi col minor numero di posti letto privati (quota che comunque non è mai superiore al 20%).
In Italia, il numero dei posti letto in esame (1,5 per 1.000 abitanti nel triennio 1994-96) risulta superiore alla media, soprattutto se confrontato con quello registrato in Paesi come la Turchia (0,1 per 1.000 abitanti), il Regno Unito (0,2 per 1.000 abitanti nel 1991-93), la Finlandia (0,4), la Repubblica Ceca (0,6).
Si evidenzia, ancora, un maggior numero di letti in ospedali privati nell'area tedesca, in cui, come detto, vige un sistema mutualistico: sempre nel triennio 1994-96, erano 2,8 i posti letto per 1.000 abitanti in Austria e 4,8 in Germania; una realtà a parte è quella del Giappone, con ben 11 posti letto in ospedali privati per 1.000 abitanti.
Per quanto concerne le risorse umane impiegate in Sanità, è d'obbligo osservare come la formazione tecnico-scientifica dei medici configura sbocchi professionali molto rigidi. Tali figure professionali possono occuparsi dei diversi aspetti inerenti alla salute ed alla malattia, ma raramente possono infatti essere riposizionati in altre attività.
Tale fattore di rigidità ha conseguenze importanti: in Italia, ad esempio, i dati Istat sul numero di occupati dopo 3 anni dal conseguimento della laurea evidenziano che più del 70% dei medici non trova impiego.
Peraltro, se si compara la situazione occupazionale dei medici in Italia con quella esistente nel resto del mondo, si nota subito come il nostro sia il Paese col più alto numero di medici per 1.000 abitanti: ben 5,4. Questo dato, fornito dal OECD, comprende i medici che esercitano la professione, che quelli abilitati all'esercizio. Sono invece esclusi quelli impiegati nel settore della ricerca e dell'amministrazione.
In America del Nord, invece, il numero scende circa alla metà rispetto al nostro Paese: 2,1 medici su 1.000 abitanti in Canada, e 2,6 negli USA. Tra l'altro, in questo caso, nel dato vengono compresi anche i medici che non esercitano la professione in senso stretto, ma che si occupano di ricerca e amministrazione.
Sicuramente meritano di essere citate, inoltre, le caratteristiche del Regno Unito (solo 1,6 medici per 1.000 abitanti) e quella del Giappone (1,8).
Nell'analisi della situazione occupazionale degli infermieri, il nostro Paese spicca, nel confronto internazionale, per il motivo opposto rispetto a quello precedentemente citato: l'Italia è il fanalino di coda nel database OECD, con 4,9 infermieri per 1.000 abitanti in media nel triennio 1994-96. Anche in questo dato sono compresi soltanto coloro che esercitano la professione in senso stretto.
In USA, per fare un confronto esemplificativo, abbiamo 8,0 infermieri per 1.000 abitanti, anche se comprendendo tutte le figure, ovvero gli infermieri che esercitano la professione in senso stretto, quelli impiegati nella industria, ricerca e amministrazione, nonché quelli che risultano abilitati all'esercizio della professione.
Un numero consistente di infermieri è attivo anche in Irlanda (14,2 infermieri per 1.000 abitanti), Norvegia (14,5), Svezia (10,2), con una punta di 21,0 infermieri, sempre per 1.000 abitanti, in Finlandia.
Il numero più basso in assoluto lo si registra in Turchia, dove però è diversa la cultura, l'organizzazione del Servizio Sanitario e anche la disponibilità di risorse è più precaria. Anticipiamo come l'anomalia italiana si estenda anche agli aspetti retributivi, analizzati nel seguito. Passando all'attività dei Servizii Sanitari, diver-

si spunti di commento possono essere tratti dall'analisi dei dati relativi alle giornate di degenza. In termini pro-capite, le giornate di degenza per acuzie sono aumentate in alcuni Paesi dal 1960 al 1970 (come è accaduto, ad esempio, sia in Italia che negli USA), mentre dal 1970 si è contrapposto un calo in tutti i Paesi, anche se di intensità sempre minore col passare degli anni.
La tendenza alla diminuzione delle giornate di degenza può essere a priori attribuita sia alla contrazione della degenza media, sia a quella del tasso di ospedalizzazione.
Nella realtà italiana, ad esempio, si è passati dai 2,1 giorni di degenza pro-capite del 1970 agli 1,3 giorni del 1997, ove però il fattore che ha inciso in maniera predominante su tale risultato è stata la costante diminuzione della degenza media (12,1 giorni nel 1980 e 8,5 nel triennio 1994-96). Il tasso di ospedalizzazione, di contro, è diminuito dal 1980 (157,0 ricoverati per 1.000 abitanti) al 1990 (133,4), mentre successivamente è aumentato sino a 156,2 ricoverati per 1.000 abitanti, ritornando in prossimità del valore registrato nel 1980. Come era lecito aspettarsi, tale andamento è il risultato dell'introduzione di un metodo di finanziamento degli ospedali per prestazione (basato come è noto sui Drg), che incentiva l'aumento del turn-over sui letti.
A livello internazionale le evidenze sono parzialmente differenti. Ad esempio negli USA si è assistito ad una diminuzione dei giorni di degenza per acuzie pro-capite solo a partire dal 1970: da 1,2 giorni pro capite nel 1970 a 0,8 nel 1997, con un livello significativamente inferiore a quello osservato nel nostro Paese, anche se in parte attribuibile a problemi di classificazione degli ospedali. Anche in questo caso, fino agli anni '80 la componente che ha prevalentemente inciso sul calo delle suddette giornate è stata la diminuzione della degenza media. Successivamente, però, a fronte di una sua stabilità, è iniziato una progressiva riduzione anche del tasso di ospedalizzazione.
A riprova delle difficoltà di attivare decise politiche di de-ospedalizzazione nel nostro Paese, la degenza media in Italia (8,5 giornate in media nel triennio 1994-96) risulta più alta sia di quella del Regno Unito, anch'esso con sistema pubblico (7,9 giornate), che degli Usa (7,1) e della Francia (6,7).
Nettamente maggiore, invece, la degenza media nei sistemi mutualistici: in Germania ad esempio abbiamo ben 11,5 giornate di degenza media.
Il tasso di ospedalizzazione, prendendo ancora come riferimento il triennio 1994-96, risulta più elevato nei Paesi in transizione quali la Repubblica Ceca (201,0 ricoverati per 1.000 abitanti) e l'Ungheria (207,6).
Anche Austria e Francia hanno un tasso elevato (230,6 e 202,7 rispettivamente), mentre l'Italia, con i suoi 156,2 ricoverati per 1.000 abitanti nel triennio considerato, si colloca circa a metà "classifica"; dobbiamo, però, aggiungere che al 1999 il tasso di ospedalizzazione è tornato, come già si è detto, su quota 180,0 ricoverati per 1.000 abitanti, per effetto dell'introduzione dei Drg.
Il minore ricorso all'ospedale si ha nel Regno Unito, con 101,1 ricoverati per 1.000 abitanti. In definitiva, si constata che indicatori quali il tasso di ospedalizzazione sono scarsamente confrontabili, dipendendo più dal "ruolo" assunto dall'ospedale nei vari sistemi che non dal quadro epidemiologico dei diversi Paesi.
Per quanto riguarda, invece, le degenza post-acuzie, non è stato possibile ricavare confronti sulla degenza media, né sul tasso di ospedalizzazione.
Relativamente ai pochi dati disponibili, possiamo affermare che solo in Giappone si registrerebbe un trend crescente della degenza post-acuzie sino alla metà degli anni '90, con una sostanziale stabilità negli anni successivi.
Negli altri Paesi presi in considerazione, l'andamento medio indica una contra-

zione delle degenze, probabilmente per effetto delle politiche di contenimento della spesa. Possiamo, infatti, azzardare l'ipotesi che la bassa degenza sia il prodotto di una carenza di offerta, piuttosto che di domanda.
Gli Stati Uniti sono il Paese con il minor numero di giornate di degenza post-acuzie pro capite (1,1 nel triennio 1994-96), e contemporaneamente si distingue per il più basso numero di posti letto (4,1 per 1.000 abitanti); al contrario, i 16,2 letti del Giappone "permettono" ben 4,1 giorni di degenza media.
Un indicatore di performance ospedaliera largamente utilizzato è il tasso di occupazione dei posti letto per acuti.
Il tasso è diminuito in quasi tutti i Paesi di cui si hanno dati disponibili fra il 1970 ed il 1980; fra il 1980 ed il 1990 in quasi tutti i Paesi Ue si è però registrata una

GRAFICO 6.3.4. Relazione fra degenza media e tasso di occupazione[17] **–** Dati medi triennio 1994-96



Fonte: The World Bank

inversione di tendenza: nei Paesi dell'Est europeo e del Nord America l'utilizzazione dei posti letto ha invece continuato a diminuire.
Nel corso degli anni '90 il trend non è stato omogeneo neppure nei diversi Paesi europei: in Italia, Portogallo, Norvegia, e Repubblica Ceca ad esempio si è verificato un ulteriore aumento di efficienza, mentre in Francia, Germania, Svizzera si è assistito ad una diminuzione del tasso in esame.
Ad una analisi più approfondita, si osserva come il calo del tasso di occupazione dei posti letto per acuti negli USA si sia verificato in seguito alla diminuzione della degenza media, in costanza del numero di posti letto. Di contro, nella situazione italiana, la riduzione della degenza media si è accompagnata ad una contrazione dei posti letto e ad un aumento del tasso di ospedalizzazione.
In generale, sembra potersi osservare che nei Paesi in cui prevale un sistema di finanziamento pubblico, come in Italia, l'intento sia quello di "saturare" i posti letto, in considerazione dei forti costi fissi (in primo luogo: il personale), mentre nei sistemi maggiormente "privatistici" la flessibilità dei fattori di produzione rende il problema secondario.
Passando alle prestazioni erogate, disponiamo di qualche dato confrontabile relativamente ad alcuni interventi invasivi: angioplastiche, bypass e parti cesarei.

17. Sono stati presi in considerazione i Paesi UE ed altri Paesi quali: Islanda, Norvegia, Svizzera, Turchia, Polonia, Repubblica Ceca, Ungheria, Canada, USA, Giappone, Australia, Nuova Zelanda.

Relativamente all'angioplastica, si registra un trend crescente del numero di procedure effettuate in tutti i Paesi considerati, tranne che in Turchia.
Osservando i dati disponibili, si ha la conferma del fatto che negli USA questo tipo di intervento è molto diffuso: nel 1993 si sono registrate ben 1,28 procedure per 1.000 abitanti; si tratta dell'unico Paese in cui l'indice supera l'unità.
Il numero di procedure in esame, sempre effettuate nel 1993, si attesta tra 0,60 e 1,00 (per 1.000 abitanti) in Belgio (0,74), Francia (0,73), Germania (0,86), Olanda (0,72), Islanda (0,83) e Svizzera (0,65).
L'Italia, con 0,23 interventi per 1.000 abitanti, dimostrava all'epoca un ritardo nella diffusione della metodica.
Per quanto attiene al numero di bypass effettuati, valgono analoghe osservazioni: negli Stati Uniti risultano eseguiti 0,82 interventi per 1.000 abitanti (nel 1992, ultimo dato disponibile) [18].
Per poter effettuare un confronto, prendiamo come anno di riferimento ancora il 1992, ed osserviamo che sono state eseguite un numero di procedure di bypass superiore a 1,00 ogni 1.000 abitanti in Islanda (1,07) e in Norvegia (1,15).
Un numero di interventi compreso tra 0,60 e 1,00 lo hanno registrato la Finlandia (0,60), l'Olanda (0,68), la Svezia (0,72), e l'Australia (0,74). Seguono Belgio (0,54), Grecia e Danimarca (0,30), Irlanda (0,34), Spagna (0,13), Repubblica Ceca (0,08) e Canada (0,53).
Per quanto concerne il numero dei parti cesarei effettuati, si possono osservare rapide modificazioni, come in Portogallo ove il numero è cresciuto da 0,46 parti cesarei su 1.000 abitanti nel 1960 a 2,74 nel 1996.
Sempre su questi livelli si posizionano Australia (2,74 procedure su 1.000 abitanti nel 1995), Nuova Zelanda (2,44) e Canada (in quest'ultimo Paese, però, il ricorso al cesareo è in leggera diminuzione: 2,69 parti cesarei nel 1990, contro 2,29 nel 1994).
Nell'Est europeo l'indice di ricorso ai cesarei difficilmente raggiunge l'unità.
Nel 1996 avevamo (sempre ogni 1.000 abitanti) un numero di cesarei pari a 0,69 in Irlanda, 1,01 nella Repubblica Ceca, valori compresi fra 1,60 e 1,80 nei Paesi scandinavi, ma 2,74 in Portogallo e 2,48 nella Nuova Zelanda.

6.4. Finanziamento e livelli minimi di assistenza [19]

Nell'analizzare i dati di organizzazione e attività, abbiamo osservato come essi dipendano strettamente da fattori culturali ed anche dai sistemi di finanziamento delle strutture erogatrici.
L'esperienza italiana, con l'introduzione dalla metà degli anni '90 del sistema di pagamento a Drg per gli ospedali, conferma come il finanziamento possa fortemente incidere su attività e struttura dell'offerta ospedaliera.
In generale, possiamo osservare che nell'ultimo decennio la politica sanitaria in Europa ha vissuto momenti di grande difficoltà, soprattutto a causa del forte aumento dei costi sostenuti per l'assistenza.
L'invecchiamento della popolazione, la crescita di patologie croniche e disabilizzanti, la maggiore disponibilità di nuovi trattamenti e tecnologie, le sempre più esigenti aspettative di salute formulate dalle comunità, l'estensione dei regimi di

18. Sempre negli Stati Uniti nel 1995 sono stati eseguiti ben 3,21 interventi, per 1.000 abitanti, sul sistema respiratorio.
19. Le tabelle statistiche della seguente sezione sono disponibili in allegato sul CD di Prometeo, numerate da A25 a A32.

copertura sanitaria a sempre maggiori strati della popolazione ed infine l'aumento dei benefits disponibili, hanno esercitato una forte pressione sulla spesa sanitaria mandando in crisi i tradizionali sistemi di finanziamento.
Molti Paesi hanno risposto mediante politiche restrittive di contenimento della spesa e dei costi, obbligando a ripensare l'organizzazione di un sistema che in origine aveva come esclusivi principi guida l'equità, le pari opportunità di accesso e il perseguimento di più alti livelli dello stato di salute.
In molti Paesi, sono state espresse preoccupazioni per gli effetti delle politiche di contenimento sugli obiettivi di equità e di salute. L'interrogativo più ricorrente è se queste politiche debbano, per loro natura, inevitabilmente e necessariamente indebolire i meccanismi di solidarietà, oppure se una corretta strategia di intervento possa permettere recuperi di efficienza e di efficacia nell'uso delle scarse risorse, preservando però anche gli elementi di giustizia sociale che hanno caratterizzato l'evoluzione nel corso dell'ultimo secolo dei Servizio Sanitario, in particolare dei Paesi europei.
La risposta sembra scontata a favore della seconda ipotesi, anche se questa strategia comporta uno sforzo maggiore in termini di progettualità politica e gestionale. Attualmente gli orientamenti correnti nei Paesi europei vedono le politiche di finanziamento della spesa sanitaria principalmente finalizzate all'incentivazione dell'efficienza, attraverso una migliore gestione dei servizi sanitari.
Si noti che, pur essendo dotati di caratteristiche proprie dominanti, che li differenziano gli uni dagli altri, è possibile identificare per ogni sistema sanitario tratti comuni che riguardano gli scopi a cui tendono ed i continui tentativi di adattarsi alle variazioni politiche, economiche e sociali.
Fattori condivisi appaiono essere:
• l'estensione della copertura all'intera popolazione, almeno per i rischi più gravi;
• l'equità, intesa come uguale possibilità di accesso ai servizi e come redistribuzione del relativo onere in base al proprio reddito;
• la libertà di scelta del consumatore, sia del medico sia del luogo di cura;
• la garanzia di autonomia professionale del medico, ma accompagnata a sempre più stretti vincoli organizzativi ed economici;
• l'efficienza ottenuta con la minimizzazione dei costi sostenuti per i servizi offerti;
• la preoccupazione per la sostenibilità della spesa sanitaria (solitamente misurata come incidenza sul prodotto interno lordo).
Se sui primi obiettivi sembra raggiunto un consenso unanime, sulle politiche di misurazione e perseguimento degli ultimi due è in corso un dibattito all'interno dei vari tentativi di riforma. A questo scopo può essere utile analizzare le principali forme di finanziamento dei Servizi Sanitari.
In termini istituzionali, nei Paesi del mondo sviluppato, possiamo osservare quattro principali fonti per il finanziamento dell'assistenza sanitaria:
• il finanziamento pubblico;
• gli schemi di assicurazione sociale;
• il pagamento diretto dell'assistenza da parte degli utenti;
• la sottoscrizioni volontarie di schemi assicurativi privati.
I Paesi i cui sistemi sanitari sono finanziati prevalentemente attraverso il prelievo fiscale comprendono l'Irlanda, il Regno Unito ed i Paesi scandinavi, ai quali si è recentemente aggiunta l'Italia. Si noti che anche tali Paesi provengono da sistemi a contribuzione assicurativa, ma a partire dal secondo dopoguerra, sulla base del modello inglese, sono progressivamente passati alla costituzione di un siste-

ma sanitario nazionale finanziato mediante il ricorso al prelievo fiscale. Le caratteristiche che sembrano prevalere sono:

• la maggior parte dei costi dell'assistenza sanitaria è sostenuta con la fiscalità ai vari livelli di decentramento (centrale, regionale e locale) in costante crescita in tutti i Paesi dell'area europea.

• l'assistenza sanitaria è garantita da un sistema obbligatorio e la gamma di servizi erogati è in generale onnicomprensiva per tutti i residenti e cittadini. L'Irlanda, però, presenta due categorie di cittadini, classificati secondo il livello di reddito: solo un terzo dei cittadini a più basso reddito risulta eleggibile a ricevere tutti i servizi sanitari senza costi addizionali, mentre la parte rimanente è soggetta a diversi livelli di contribuzione diretta.

I sistemi sanitari che si finanziano prevalentemente attraverso l'imposizione fiscale tendono quindi ad eliminare, o ad attenuare, le distorsioni operate da meccanismi di selezione degli utenti in base al rischio (solidarietà sociale).

In questi sistemi attualmente si assiste ad un ampliamento del mix di strumenti per il finanziamento della spesa: per esempio facendo uso di assicurazioni sociali, come nel Regno Unito. In Svezia le assicurazioni sociali finanziano la spesa farmaceutica e le spese mediche per l'assistenza ambulatoriale (dal 1984 partecipano anche alle spese ospedaliere per una quota del 10% circa). In Finlandia i contributi provenienti dall'assicurazione sociale sono utilizzati principalmente per le cure mediche, i farmaci, i servizi ausiliari e i servizi legati alla medicina del lavoro. In Islanda, invece, i fondi sanitari sono finanziati dallo Stato, e hanno perso la loro identità finendo per essere incorporati nel settore pubblico. Anche in Danimarca centinaia di fondi esistenti fino alla prima metà degli anni '70 sono stati aboliti, e le risorse e le responsabilità di assicurazione sanitaria sono state, quindi, assegnate a circa. 280 municipalità. In Norvegia, infine, le molte società mutualistiche territoriali sono state trasformate in filiali dell'Istituto Nazionale di Assicurazione, una divisione del Ministero degli Affari Sociali, che dalla metà degli anni '70 è finanziato mediante fiscalità.

In quasi tutti questi sistemi, si sono potute anche osservare progressive politiche di decentramento amministrativo.

La Finlandia ha progressivamente decentrato l'amministrazione della Sanità alle municipalità, le quali hanno il potere di stabilire imposte per il finanziamento della spesa sanitaria ed hanno la responsabilità legale dell'erogazione del servizio. Anche la Danimarca e la Svezia hanno raggiunto un livello di decentramento significativo. In Danimarca le contee sono responsabili del finanziamento, dell'erogazione del servizio e del rimborso delle spese ospedaliere, mentre le municipalità sono responsabili per l'assistenza infermieristica e di alcuni programmi di prevenzione. In Svezia il Consiglio di Contea finanzia la maggior parte degli ospedali attraverso imposte localmente riscosse. In Italia la legge sul federalismo fiscale è stata approvata all'inizio del 2000.

Solo l'Islanda sembra fare eccezione, avendo in tempi recenti, accresciuto il ruolo di controllo del Governo locale nel finanziamento, e contemporaneamente avendo limitato le competenze delle autorità locali. Il Governo centrale ha un ruolo principale anche nella ricerca medica e nella formazione, nel finanziamento sia delle assicurazioni sociali che delle autorità ed Istituzioni sanitarie locali.

Esiste inoltre un gruppo di Paesi, per lo più nell'area mediterranea, che hanno appena completato o stanno completando il passaggio al sistema basato sul finanziamento fiscale.

Il Portogallo è stato tra i primi Paesi alla fine degli anni '70 ad istituire un Servizio

sanitario nazionale a cui hanno fatto seguito negli anni '80 la Grecia (1983) e la Spagna (1986). Nonostante i sistemi siano ormai una realtà consolidata in questi Paesi, il loro finanziamento continua a rappresentare uno dei maggiori problemi organizzativi, costringendo a ricorrere ad un mix di meccanismi di finanziamento. In Grecia, ad esempio, l'assistenza ospedaliera è sostenuta con finanziamenti provenienti dalla fiscalità, mentre l'assistenza ambulatoriale è finanziata attraverso fondi assicurativi

Nei sistemi caratterizzati da un finanziamento su base assicurativa, la maggiore fonte di entrata è invece rappresentata dai fondi di assicurazione sociale che raccolgono le risorse per l'assistenza sanitaria attraverso la contribuzione sociale. Nella prima metà degli anni '90, ad esempio, la quota di finanziamento attraverso assicurazione sanitaria obbligatoria ha raggiunto il 70% in Francia ed il 60% in Germania ed Olanda.

Nella pratica, poi, tutti i Paesi sovvenzionano i fondi di assicurazione sociale anche con risorse aggiuntive tratte dal bilancio statale, pur se con intensità diversa. I fondi erogati vengono spesso vincolati ad attività specifiche di interesse collettivo, quali la salute pubblica, la formazione o la ricerca. Di fatto, si assiste ad un avvicinamento di questi sistemi a quelli basati sul finanziamento pubblico.

La quota parte della integrazione statale è variabile: per esempio, nella prima metà degli anni '90 era pari al 39% in Belgio, al 21% in Germania, al 38% in Lussemburgo ed il 34% in Svizzera[20].

In tutti i Paesi l'assicurazione sanitaria obbligatoria è parte integrante del sistema di protezione sociale, che include anche altri strumenti di tutela, come la pensione e l'indennità di disoccupazione ma, se in Belgio, Francia e Germania le disposizioni legislative in materia di assicurazione sanitaria sono contenute nel codice che disciplina gli strumenti di tutela sociale, in Olanda e Svizzera sono provvedimenti separati ed autonomi dalle altre voci della sicurezza sociale.

I fondi di assicurazione sanitaria sono entità indipendenti, con autonomia giuridica, economico-patrimoniale e gestionale. Questo garantisce la loro indipendenza dal Governo e dal bilancio statale. In Francia secondo quanto previsto dalla legislazione amministrativa, i fondi sono organizzazioni private incaricate di svolgere un servizio pubblico, ma a causa della forte supervisione del Governo possono essere considerati alla stregua di organizzazioni non-governative pubbliche. In Germania si configurano, invece, come enti no-profit privati (compagnie di mutua assicurazione). In tutti questi Paesi, quindi, i fondi assicurativi sanitari, sebbene indipendenti, sono soggetti alla stretta regolamentazione del Governo e la loro incidenza sulla spesa totale è molto variabile nelle singole realtà locali.

In molti casi, il numero attuale di fondi (indicativamente: Belgio 6, Lussemburgo 11, Francia 16, Austria 24, Olanda 53, Svizzera 200, Germania 1.100) rappresenta il risultato di fusioni ed alleanze di realtà pre-esistenti; in Germania, ad esempio, che è il Paese di più antica tradizione verso questa forma di finanziamento, alla fine del XIX secolo esistevano più di 22.000 fondi registrati.

Una delle più importanti ragioni che ha portato alla fusione tra i fondi è stata l'estensione della copertura a tutta la collettività, con il conseguente bisogno di frazionare il rischio su una parte più ampia della popolazione.

In alcuni Paesi come la Francia ed il Lussemburgo i fondi sono organizzati secondo categorie professionali di appartenenza. In Olanda sono strutturati principalmente secondo localizzazione geografica; in Belgio anche secondo affiliazione

20. Fonte: WHO/Regional Office for Europe.

politica o religiosa; in Austria, Germania e Svizzera i fondi malattia sono organizzati secondo precise regole secondo base professionale, territoriale o commerciale.
L'iscrizione a fondi di assicurazione è praticamente obbligatoria per tutta la popolazione in Austria, Belgio, Francia e Lussemburgo. In Svizzera è organizzata su base volontaria con eccezione di quattro cantoni ed alcune municipalità dove è stata resa obbligatoria per alcuni gruppi di utenti (bambini, anziani, persone a basso reddito). In Germania ed Olanda l'appartenenza è obbligatoria per le persone al di sotto di un certo reddito, ma mentre in Germania queste possono scegliere tra un'assicurazione pubblica o privata, in Olanda per l'assistenza ospedaliera i cittadini possono scegliere solo tra assicurazioni private.
Allo stato attuale nessun sistema finanziato prevalentemente con assicurazioni sociali presenta una copertura veramente universale dei propri cittadini.
A questo proposito, si possono registrare quattro gradi di copertura. Il primo è esemplificato da quei Paesi che adottano l'assicurazione obbligatoria, avvicinandosi così alla copertura universale: come Austria, Francia e Lussemburgo.
Un secondo livello è rappresentato da quei Paesi in cui alcuni gruppi ricevono solo una copertura parziale, come il Belgio e l'Olanda. In Belgio circa il 15% della popolazione (per la maggior parte i lavoratori autonomi) è coperta solo dai rischi sanitari più onerosi, mentre al resto della popolazione è assicurata la copertura totale. In Olanda è prevista una copertura assicurativa onnicomprensiva per il 60% della popolazione, mentre la rimanente parte è coperta solo per le patologie croniche.
Un terzo grado di copertura è dato in quei Paesi, come la Svizzera, in cui quasi la totalità della popolazione è coperta da assicurazione, ma la cui partecipazione è volontaria.
Un ultimo livello è quello dei Paesi ove l'assicurazione copre solo una parte della popolazione: ad esempio in Germania tale percentuale è circa del 90%.
Si noti ancora che molti Paesi hanno stabilito un set minimo di benefici, che devono uniformemente essere previsti nei fondi malattia all'interno di uno specifico schema assicurativo[21].
Il prelievo, tecnicamente, avviene prevedendo che i contributi siano corrisposti direttamente ai fondi malattia, generalmente commisurati al reddito e distinti tra datori di lavoro e lavoratori. In Austria, Germania, Lussemburgo ed Olanda queste due categorie si ripartiscono al 50% l'onere, mentre in Belgio e Francia i datori di lavoro corrispondono una quota più elevata. I tassi di contribuzione sono negoziati a vari livelli ma generalmente sottoscritti con l'autorità di Governo centrale, che supervisiona gli accordi.
Molti Paesi, come l'Austria, la Francia, la Germania e la Svizzera, consentono un'oscillazione dei tassi di contribuzione tra i vari fondi, che riflettono il diverso profilo di rischio dei loro appartenenti. Contrariamente in Belgio e Lussemburgo tutti hanno identici tassi di contribuzione. In Austria essi vanno dal 5,6 all'8,5% del reddito lordo, mentre in Francia sono più elevati e raggiungono, per il maggiore dei fondi francesi, il 19,4%.
In Belgio e Svizzera i cittadini sono liberi di scegliere il loro fondo assicurativo, mentre in Germania questa possibilità è concessa solo ai "colletti bianchi" (circa la metà di tutti i membri dei fondi obbligatori). Nei rimanenti Paesi i fondi essendo organizzati secondo appartenenza professionale o territoriale, precludono qualunque altra scelta.

21. *Fonte: WHO/Regional Office for Europe.*

Possiamo in conclusione notare che in tutti i Paesi europei il potere di controllo dei Governi nazionali sull'attività di questi fondi assicurativi è progressivamente aumentata negli anni. Questo si è verificato anche in Paesi a struttura politica federale, quali l'Austria, la Germania e la Svizzera. Le ragioni di questo crescente controllo vanno comunque ricercate nelle preoccupazioni dei Governi nazionali relativamente al contenimento dei costi di gestione, più che nei rischi di selezione degli assicurati.

Anche in questo caso possiamo identificare casi di Paesi in transizione verso questi modelli di finanziamento. La Turchia, ed esempio, ed i Länder tedesco-orientali, che stanno progressivamente trasformando i loro sistemi di finanziamento secondo quello in adozione nel resto del Paese.

In Turchia esistono tre fondi assicurativi dedicati alle "tute blu", ai lavoratori autonomi ed ai pensionati; i benefici sono variabili a seconda del fondo e la copertura del rischi è parziale. I fondi di assicurazione sociale coprono attualmente solo il 15% dell'intera spesa sanitaria, e la fiscalità generale il 35%, rimanendo il resto a carico diretto dei cittadini. L'obiettivo principale delle proposte di riforma sanitaria è l'estensione della copertura sociale a tutta la popolazione, almeno per un pacchetto assistenziale di base, con l'introduzione di contributi proporzionali al reddito (esenzione totale per le persone in stato di bisogno).

Nei Länder della Germania orientale, invece, è in corso il passaggio da un sistema basato sul finanziamento dello Stato fortemente centralizzato, ad un sistema come nel resto della Germania basato sull'assicurazione sociale e decentrato.

L'assicurazione privata, infine, è una opzione attualmente disponibile in molti Paesi dell'Europa occidentale, ed assolve fondamentalmente a due funzioni: fornisce a titolo volontario una copertura complementare per alcune fasce di popolazione già coperte dal Servizio sanitario nazionale o da schemi assicurativi, mentre ha una funzione sostitutiva per quella parte di popolazione ad alto reddito che, in alcuni Paesi, non rientra nei programmi di copertura pubblica.

L'assicurazione sanitaria per spese mediche è acquistata per differenti ragioni, dipendenti in larga misura dal tipo di sistema di finanziamento in uso nel Paese. Ove i sistemi sanitari offrono una copertura di servizi completa e largamente estesa, tali ragioni sono legate all'esigenza di trattamenti particolari o di comfort aggiuntivo. Anche liste d'attesa particolarmente lunghe e razionamento delle prestazioni possono però costituire motivo di domanda di assicurazione privata. Attualmente Regno Unito, Spagna ed Italia hanno un problema di liste d'attesa rilevanti.

I sistemi sanitari ove il ricorso ad assicurazione sanitaria privata è significativo, si caratterizzano solitamente per l'esistenza di fasce di popolazione libere di scegliere la forma di copertura. In Germania, ove è lasciata libera la scelta tra i due meccanismi, il 20% della popolazione ha scelto l'assicurazione privata. In Olanda le fasce al di sopra di un certo ammontare di reddito hanno la possibilità di scegliere tra un'assicurazione privata (circa il 40% è stata esclusa dal sistema obbligatorio) oppure di restare senza assicurazione.

In Danimarca ed Irlanda, invece, il ricorso alle assicurazioni private è fondamentalmente dovuto alla copertura delle cure odontoiatriche e farmaceutiche, che non sono contemplate dal sistema pubblico. In Irlanda esiste poi una ulteriore ragione data dalla presenza di due diverse categorie di cittadini: il terzo più povero della popolazione ha infatti diritto ad una copertura completa e gratuita, mentre i rimanenti sostengono in parte o per intero il costo dell'assistenza.

A fronte dei sistemi di finanziamento analizzati, conviene considerare anche i livelli di assistenza forniti dai Servizi Sanitari.

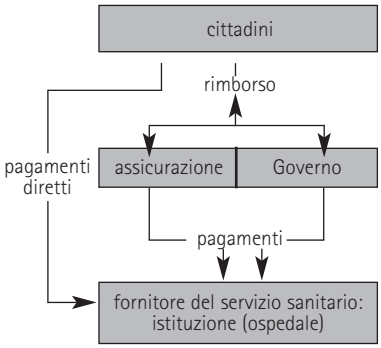
In tutti i Paesi europei possiamo osservare una sostanziale estensione del set dei servizi disponibili e delle categorie beneficiarie. L'assistenza di base, quella specialistica e quella ospedaliera sono generalmente garantite a tutti. Una chiara discriminazione fra sistemi si crea invece in relazione ai sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria; se, infatti, tutti i SS si prefiggono in teoria di garantire ai cittadini il più alto livello di tutela possibile, nella pratica il co-payment richiesto all'assistito risulta minimo nei sistemi a finanziamento fiscalizzato, mentre in quelli su base assicurativa esso rappresenta una parte significativa della spesa per tutto quello non compreso nel contratto assicurativo.
Volendo trarre delle conclusioni dall'analisi dei sistemi di finanziamento, possiamo riportare il parere del WHO Regional Office for Europe, secondo il quale la riprogettazione dei sistemi di finanziamento e dei livelli di assistenza in corso mette sempre più in conflitto competizione e solidarietà. La contraddizione nasce dalla giusta tensione alla tutela di strati sempre più ampi di cittadini a cui si tende a garantire livelli minimi di assistenza sempre più elevati, in presenza di vincoli di bilancio sempre più pressanti.
Peraltro il ricorso al settore Privato, ha dimostrato una tendenza ad erodere progressivamente i meccanismi di solidarietà, soprattutto in assenza di regolamentazioni e controlli centrali davvero efficaci.
Un aspetto di finanziamento peculiare è quello che riguarda l'assegnazione di fondi alle Istituzioni erogatrici dei servizi, ed in particolare gli ospedali.
A livello internazionale coesistono finanziamenti sulla base di un budget globale, pagamenti per ricovero, spesso accompagnati dal sistema di classificazione per Drg degli stessi, pagamenti per giornata e/o tramite tariffe per singola prestazione.
Questi differenti modi di pagamento possono essere combinati fra loro, ed un metodo in generale non esclude l'altro.
L'ospedale può ricevere il denaro dalla Compagnia Assicuratrice e/o dal Governo, oppure direttamente dai cittadini (che possono essere rimborsati se dispongono di una copertura assicurativa).
Tecnicamente i metodi di finanziamento si caratterizzano come segue:
• *budget globale:* si distingue fra il budget globale come unico pagamento ad un ospedale (block grants) ed un budget globale che limita solamente le attività ma non pone vincoli sul modo in cui gli ospedali ricevono i loro pagamenti (prospective overall budget). Nel primo caso, l'ospedale riceve un budget annuale per coprire tutti i servizi erogati, mentre nel secondo caso il budget limita l'attività degli ospedali, ma essi possono essere rimborsati in modi differenti (pagamenti per ricovero, Drg, pagamenti per giornata o tariffe). Un budget globale ha il vantaggio di controllare i costi e di incentivare l'efficienza escludendo i servizi non necessari.
Lo svantaggio di tale metodo sta nel non favorire la produttività e la risposta ai consumatori, nonché nel non identificare le variazioni del patient mix;
• *case-payment:* il sistema di classificazione delle prestazioni più utilizzato è il Diagnostic Related Groups introdotto dal programma statunitense "Medicare" nel 1983. Tale metodo ha il vantaggio di creare incentivi per l'efficienza, ma lo svantaggio di essere poco adatto nei casi in cui la cura può essere estesa al di là di una singola istituzione. Esso, inoltre, può incoraggiare ammissioni non necessarie e opportunismo nella codifica delle diagnosi. Molti Paesi stanno sperimentando applicazioni del sistema di pagamento per Drg;
• *pagamento per giornata:* consiste nell'erogazione di una somma fissa che copre tutte le cure prestate ad un paziente in un dato giorno di degenza. Essa

home

può eventualmente variare a seconda del tipo di cura (medica, chirurgica, cura intensiva, ostetrica). Questo metodo ha il vantaggio di essere di facile implementazione, mentre il suo svantaggio consiste nel fatto di poter incoraggiare giorni ed ammissioni aggiuntive non necessarie, disincentivando l'efficienza globale del sistema;

• *tariffe professionali specifiche per attività mediche, infermieristiche ed altre:* è un sistema che presenta il vantaggio di fornire informazioni dettagliate circa l'attività svolta, ma anche lo svantaggio di essere amministrativamente complesso e di poter incoraggiare giorni ed ammissioni aggiuntive non necessarie.

GRAFICO 6.4.1. Finanziamento degli ospedali



Fonte: Healyh Care in Europe 1997, Y.W. Van Kemenade, Et. Al. 1997

Dobbiamo aggiungere che, nella maggior parte dei Paesi, gli ospedali ricevono, in aggiunta ai suddetti pagamenti, government grants per investimenti in costruzioni e tecnologia.

Tale sistema ha il vantaggio di diminuire i costi, in quanto gli ospedali possono evitare di procurarsi i fondi da Istituzioni finanziarie. Esso ha, però, lo svantaggio di concedere ai politici un ruolo maggiore negli investimenti in Sanità: ad esempio, possono risultare favoriti investimenti non necessari con cui i politici tentano di guadagnare consenso attraverso progetti di interesse locale.

Le tendenze in atto in Europa, ricordando che l'adozione di un sistema non esclude l'esistenza di forme miste di finanziamento, vede il sistema a Drg utilizzato in Austria (dal 1997), in Germania (per il 30% degli ospedali), in Italia (dal 1992), in Norvegia (dal 1997) ed infine in Portogallo (per il 20% degli ospedali). In alternativa, la maggior parte dei Paesi finanzia gli ospedali (pubblici e privati no-profit) con budget prospettici, che pare essere la tendenza anche per l'Italia con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 229/1999.

Alternative meno comuni sono quella dei grants, garantiti per lo più ad ospedali no-profit (Islanda, Irlanda, Norvegia per il 75% degli ospedali) e quella dei pagamenti diretti per le singole prestazioni rese (sistema utilizzato ad esempio in Austria, Belgio, Germania per il 70% delle prestazioni, Grecia, Italia (per l'ambulatoriale), Spagna e Svizzera.

6.5. Sanità e sviluppo [22]

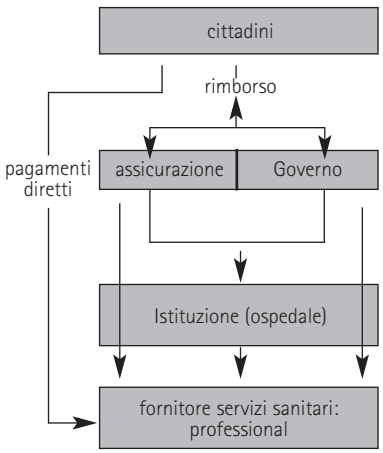
home

Se i vincoli di bilancio sono forse il principale problema per la Sanità, la crescente disoccupazione, che affligge molte economie, in particolar modo europee, è l'altro elemento di fondamentale preoccupazione dei Governi.
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 una importante risposta ai problemi dell'occupazione, in particolar modo quella qualificata.
Per meglio giustificare questa ipotesi, si consideri che si assiste ad un aumento dell'età media della popolazione e, congiuntamente, del reddito, e ciò comporterà certamente un proporzionale aumento della domanda di assistenza sanitaria.
Inoltre la Sanità non è solo produzione di servizi: farmaci ed elettromedicali rappresentano, ad esempio, una industria importante per molti Paesi, con effetti positivi sulla bilancia dei pagamenti, oltre che sull'occupazione.
Analizzando il valore aggiunto del settore, si capisce quanto esso contribuisca allo sviluppo economico di un Paese, anche in termini di ricerca e sviluppo (R&S).
Per quanto concerne l'assorbimento di manodopera, dai dati disponibili si evince un aumento della quota di occupazione sanitaria in tutti i Paesi contenuti nel database OECD, che in alcuni casi risulta un fattore quantitativamente "importante".
In Italia, fra il 1960 ed il 1980 si è passati dall'1,7% al 4,1% di occupati in Sanità, in Svezia dal 6,4% al 9,9%, in Norvegia la percentuale si è addirittura raddoppiata, passando dal 4,2% all'8,2%.
Anche negli Stati Uniti la tendenza è di una crescita: si è passati dal 3,7% al 5,2%.
Per quanto riguarda l'Oceania, citiamo l'Australia ove la percentuale è cresciuta dal 4,1% al 6,5%.
Negli anni successivi al 1980, pur mantenendosi un trend crescente, l'aumento della percentuale degli occupati in Sanità sul totale degli occupati è andato rallentando. In Italia si è passati dal 4,1% del 1980 al 4,7% del 1990, e nel corso degli anni '90 tale percentuale è rimasta costante. In Svezia, peraltro, dopo essere rimasta costante fra il 1980 ed il 1990, è addirittura diminuita nel corso degli anni successivi.
La quota di occupati in campo sanitario è comunque inferiore al 3,0 % solo in Portogallo ed in Turchia, mentre è compreso fra 3,0% e 6,0% in Danimarca, Irlanda, Olanda, Regno Unito, Repubblica Ceca, Ungheria, Canada e Giappone. Il rapporto in questione supera, invece, il 6,0% in Finlandia, Francia, Germania, Svezia, Islanda, Norvegia e Australia. In termini di composizione dell'occupazione sanitaria, in Italia la percentuale dei medici sul totale degli occupati in Sanità è diminuita fra il 1960 ed il 1980 (dal 19,8% al 17,4%), per poi aumentare nel corso degli anni successivi (27,5%, in media, nel periodo 1994-96).
In effetti, nel nostro Paese il numero dei medici è piuttosto elevato, e ad un confronto internazionale si registrano notevoli differenze fra i Paesi.
È interessante notare come la percentuale di medici in assoluto maggiore si registri in Turchia (nel 1960 essi erano ben il 40,9% degli operatori sanitari, ma anche negli anni successivi il loro numero, pur essendo diminuito, si è attestato intor-

22. Le tabelle statistiche della seguente sezione sono disponibili in allegato sul CD di Prometeo, numerate da A33 a A42.

no al 30,0% circa), mentre sempre la Turchia è il Paese in cui la retribuzione dei medici, confrontata alla retribuzione media per occupato, è la più bassa fra tutti i Paesi presi in considerazione. In Paesi come l'Irlanda, la Svezia, il Regno Unito, l'Islanda e la Repubblica Ceca il numero dei medici sul totale degli occupati nel settore sanitario è andato costantemente aumentando nel corso degli anni, mentre si è avuto un trend opposto in Paesi come gli Stati Uniti, il Giappone, l'Australia e la Norvegia.
Prendendo come periodo di riferimento il triennio 1991-93, i Paesi in cui è maggiore la percentuale di medici sono stati Grecia (30,8%), Italia (27,4%), Portogallo (25,5%), Spagna (33,2%), Turchia (31,3) e Ungheria (22,3).
Con una percentuale al di sotto del 10% abbiamo, invece, Svezia (6,3%), Regno Unito (7,4%), Islanda (9,0%), Norvegia (4,3%), Svizzera (5,9%), Canada (8,8%), Stati Uniti (7,8%), Giappone (9,1%) e Australia (7,1%).
Confrontando questi dati con le retribuzioni, si scopre che il legame con il mercato del lavoro è piuttosto labile.
Nel triennio 1991-93 il rapporto fra la retribuzione media dei medici e la retribuzione media per occupato è stato massimo negli Stati Uniti (fattore 5,2). Al contrario, in Giappone, Paese anch'esso con una quota bassa di medici, il rapporto fra la retribuzione media dei medici e quella per occupato è stata solo pari a 1,9.
Per quanto riguarda l'Italia, disponiamo di dati poco aggiornati: l'indice della retribuzione media dei medici rispetto alla retribuzione media per occupato è comunque stato pari a 1,3 nel 1960 e a 1,5 nel 1970, a fronte di un calo nel decennio successivo; il suddetto indice si è, infatti, portato a 1,1 nel 1980.

GRAFICO 6.5.1. Retribuzione dei professionals



Fonte: "Healyh Care in Europe 1997", Y.W. Van Kemenade, Et. Al. 1997

Dobbiamo, tuttavia, avvertire che in relazione ai dati appena esaminati si evidenziano problemi di attendibilità, estesi anche all'occupazione infermieristica (a titolo di esempio si riporta che il dato relativo agli infermieri in Italia presente su OECD Health Data '98 appare poco credibile).
Per quanto concerne l'occupazione infermieristica, negli Stati Uniti essa cala come quota degli occupati in Sanità, mentre in Danimarca, Irlanda, Portogallo, Islanda e Turchia esso è costantemente aumentato.
La retribuzione media registrata nei vari Paesi è approssimativamente pari alla retribuzione media per impiegato; al di sotto di questo livello si posizionano gli

infermieri in Giappone (0,7 sia nel 1980 che nel corso degli anni '90), al di sopra quelli della Germania (1,5 nell'ultimo decennio).
Si noti che per la retribuzione dei professionals (medici, terapisti, infermieri, psicologi in clinica ed altri) coesistono a livello internazionale almeno 5 modalità:
1) salario;
2) pagamento per persona assistita (capitation);
3) case-payment;
4) pagamento a prestazione (fee-for-service);
5) budget globale.
I professionals possono essere pagati direttamente dai cittadini (out of pocket o rimborsati da polizza assicurativa), da Compagnie di assicurazione, dal Governo (locale o nazionale) o dalle Istituzioni presso cui sono impiegati.
Come detto, le modalità di pagamento in questione possono essere cinque:
• *salario:* si tratta di una somma fissa di denaro per un periodo di tempo (può essere eventualmente un salario part-time). Eventuali bonus possono essere previsti con riferimento a produttività, soddisfazione del cliente, qualità delle cure, ecc. Il vantaggio di tale metodo sta nel fatto che il provider è responsabile dell'organizzazione. Non c'è incentivo ad evitare pazienti difficili, e si controllano i costi. Lo svantaggio di tale metodo di pagamento sta nell'incoraggiamento implicito a fornire servizi non necessari e nel fornire un incentivo molto piccolo, se non inesistente, alla produttività;
• *pagamento per persona assistita (capitation):* si tratta di un ammontare fisso di denaro per ciascuna persona registrata con un professionista fornitore di servizi sanitari, per un certo periodo di tempo. Esso può essere lo stesso per tutte le categorie di pazienti, oppure può variare in relazione all'età, al sesso e/o allo stato di salute del paziente. Questa metodologia viene spesso usata per i medici di base, e può anche essere parziale, ovvero affiancata da altri sistemi (ad esempio, possono essere previsti pagamenti a prestazione o case-payment per le cure specialistiche). Tale sistema si addice ai medici che lavorano con una popolazione stabile di pazienti (continuità del rapporto medico-paziente). Non è adatto, invece, a servizi prestati poco frequentemente. Esso incentiva ad evitare i pazienti difficili;
• *case-payment:* è una somma fissa per tutti i tipi di cura forniti ad un paziente. Il case-payment è generalmente definito da diagnosi e/o procedure chirurgiche, e può coprire sia cure in-patients che out-patients. Il vantaggio sta nel fatto che tale sistema si addice ai casi in cui la cura può venire estesa oltre una singola visita o un singolo ospedale. Tuttavia, si tratta di una metodologia di pagamento difficile da implementare;
• *pagamento per prestazione:* può consistere sia in una tariffa libera sia in una tariffa fissa (prospettica o retrospettiva). Nel primo caso, il professionista è libero di fissare le proprie tariffe per i servizi erogati. Questo sistema ha il vantaggio di stimolare la produttività (output), ed è preferito dai professionals. Gli svantaggi consistono nell'incoraggiare la prestazione di cure non necessarie, nella complessità amministrativa e nel richiedere pagamenti piuttosto elevati ai pazienti. Nel caso di tariffa fissa prospettica, i professionisti (attraverso le loro associazioni) e l'entità amministrativa negoziano la scheda tariffaria (che contiene la lista delle attività cliniche fornite ai pazienti ed il relativo valore assegnato a ciascuna di esse). Il vantaggio consiste nel fatto che l'entità amministrativa può negoziare per ottenere una struttura tariffaria che remuneri onestamente tutte le attività cliniche. Le schede tariffarie retrospettive possono avere gli stessi componenti di quelle prospettiche, in combinazione con un fattore di conversione.

Il vantaggio consiste nel controllo dei costi e nello stimolare la produttività, lo svantaggio nella complessità amministrativa;

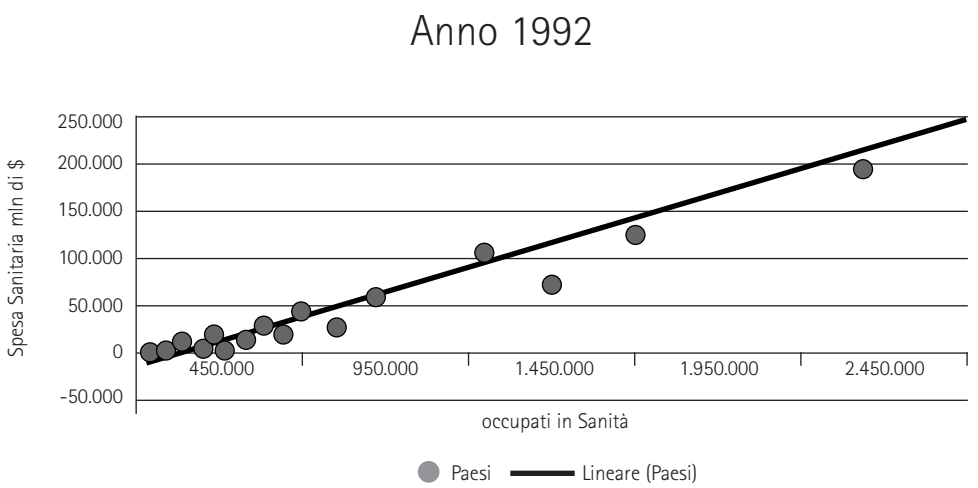
• *budget globale:* esso viene stabilito attraverso una negoziazione fra medici e entità amministrativa. Come abbiamo già visto nel caso di finanziamento degli ospedali con tale sistema, occorre distinguere fra il budget globale come unico metodo di pagamento dei medici ed il budget globale che si limita a restringere le loro attività, prevedendo, tuttavia, differenti modalità di pagamento (capitation, case-payment, pagamenti per prestazione o tariffe).

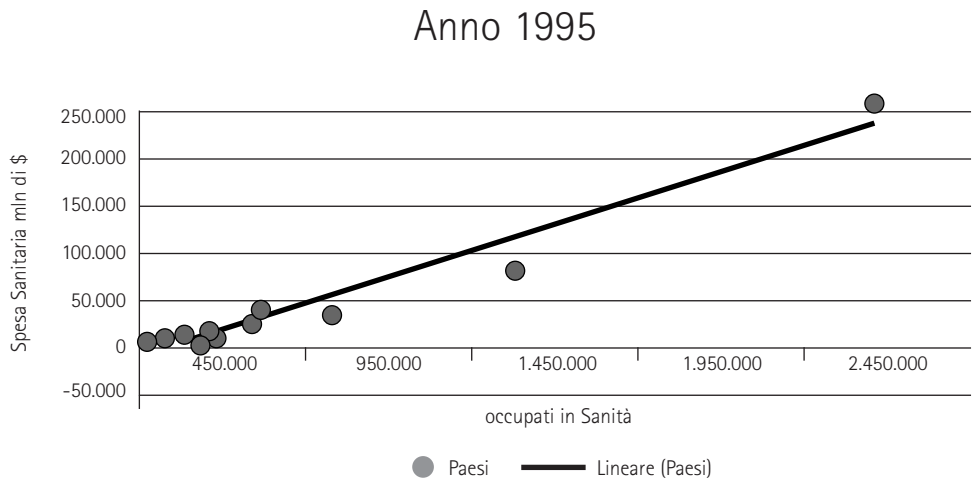
A livello internazionale un sistema molto diffuso, per quanto concerne i medici di base, è quello del pagamento per prestazione effettuata (come ad esempio in Germania e in Svizzera); presente in diversi Paesi anche il pagamento per persona assistita, come, ad esempio, in Italia e nel Regno Unito. In Grecia, Finlandia e Svezia i medici di base sono dei dipendenti salariati.

In altre aree vigono dei sistemi misti, che prevedono la coesistenza di diverse forme di pagamento.

In alcuni Paesi, come ad esempio l'Italia, il medico di base rappresenta un gatekeeper: il paziente necessita di una sua autorizzazione per l'accesso alle cure pubbliche.

GRAFICO 6.5.2. Relazione fra spesa sanitaria e occupati in sanità [23]





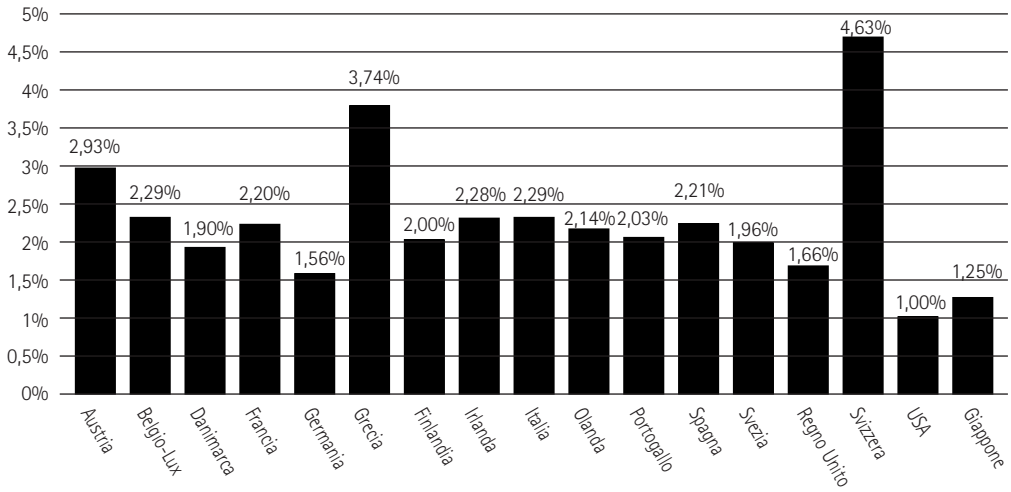
Fonte: elaborazione su dati 1994-96 OECD Health Data 1998

Per gli specialisti ambulatoriali in molti Paesi si ricorre al pagamento per prestazione effettuata, mentre tramite salario vengono retribuiti, nella maggior parte dei Paesi in esame, gli specialisti ospedalieri.
In particolare appare di interesse la quota di occupazione assorbita dagli ospedali. Nel triennio 1994-96 sebbene alcuni Paesi si attestino al di sotto del 2,0% (Grecia, Portogallo e Ungheria), la media è pari a circa il 3,0% (vi rientrano la Germania, l'Italia, la Repubblica Ceca, il Canada ed il Giappone). Sopra tale valore si collocano gli Stati Uniti (3,4%), ma soprattutto l'Australia (4,4%) e la Francia (4,6%).
Riteniamo interessante, concludere l'analisi della occupazione in Sanità, con una riflessione sul rapporto fra spesa sanitaria e occupazione.
La relazione fra le due variabili in esame, sia nel 1992[24] che nel 1995, sembra mostrare una correlazione fra la spesa sanitaria ed il numero di occupati in Sanità, che può dare una indicazione del possibile contributo occupazionale di eventuali espansioni della spesa sanitaria.
L'industria farmaceutica contribuisce anch'essa in modo significativo all'occupazione sanitaria. La tendenza nei Paesi appartenenti alla Ue è stata quella di un aumento di tale quota di occupazione o, al più, di una sostanziale costanza nel tempo.
Gli occupati nell'industria farmaceutica si concentrano nella Ue, e in Svizzera, Nord America e Giappone.
Vale la pena di ricordare che per il nostro Paese il 1998 è stato un anno all'insegna della ripresa per quanto riguarda il settore farmaceutico: dopo alcuni anni di stagnazione, si sono registrati segnali positivi, sia per quanto riguarda la spesa per la ricerca, che per l'occupazione e gli investimenti fissi. Il nostro mercato farmaceutico è al quinto posto nel mercato mondiale.
Con riferimento all'interscambio farmaceutico nell'Ocse, anno 1997, i Paesi con maggiori importazioni nel settore farmaceutico sono, in ordine, gli USA (8.737 mln di $), la Germania (6.951 mln di $), la Francia (5.960 mln di $), il Regno Unito (4.821 mln di $), l'Italia (4.758 mln di $) ed il Giappone (44.243 mln di $).
L'incidenza maggiore dell'industria farmaceutica sulle importazioni globali si registra in Svizzera, dove la percentuale ammonta al 4,63%, contro l'1,00% degli Stati Uniti, che risulta essere il Paese in cui l'import farmaceutico incide di meno rispetto a quello totale L'Italia raggiunge una percentuale pari al 2,29%.
La Germania risulta, invece, il maggior Paese esportatore di farmaci (11.517 mln di $), seguita da Regno Unito (8.644 mln di $), Svizzera (8.171 mln di $), Stati Uniti (8.037 mln di $), Francia (7.911 mln di $), Belgio-Lussemburgo (4.829 mln di $) e Italia (4.425 mln di $).
La Svizzera risulta, però, il Paese in cui il settore farmaceutico incide maggiormente, con una percentuale, pari al 10,78%. Il Paese in cui l'incidenza dell'export farmaceutico è più bassa risulta essere il Giappone (0,46%), immediatamente seguito dalla Finlandia (0,52%). In Italia la quota è pari all'1,86%.
Passando ai saldi della bilancia commerciale farmaceutica, i Paesi con i saldi positivi più alti sono la Svizzera (+4.668 mln di $), la Germania (+4.567 mln di $), il Regno Unito (+3.824 mln di $), l'Irlanda (+2.441), la Francia (+1.951) e la

23. Sono stati presi in considerazione i Paesi UE ed altri Paesi quali: Islanda, Norvegia, Svizzera, Turchia, Polonia, Repubblica Ceca, Ungheria, Canada, USA, Giappone, Australia, Nuova Zelanda.
24. Nel grafico 6.5.2. non sono stati presi in considerazione gli Usa che, con i loro 836.618 mln di $ di spesa sanitaria e 8.171.000 occupati in Sanità (dati OECD 1998, relativi al 1992) si discostano molto dagli altri Paesi.

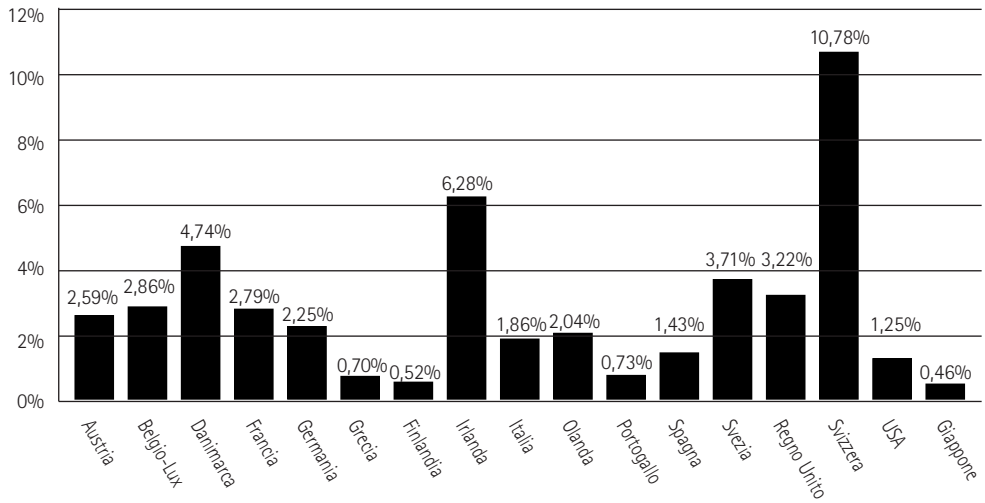
home

GRAFICO 6.5.3. Quota di importazioni farmaceutiche (Valori %)



Fonte: Indicatori Farmindustria 2000

GRAFICO 6.5.4. Quota di esportazioni farmaceutiche (Valori %)



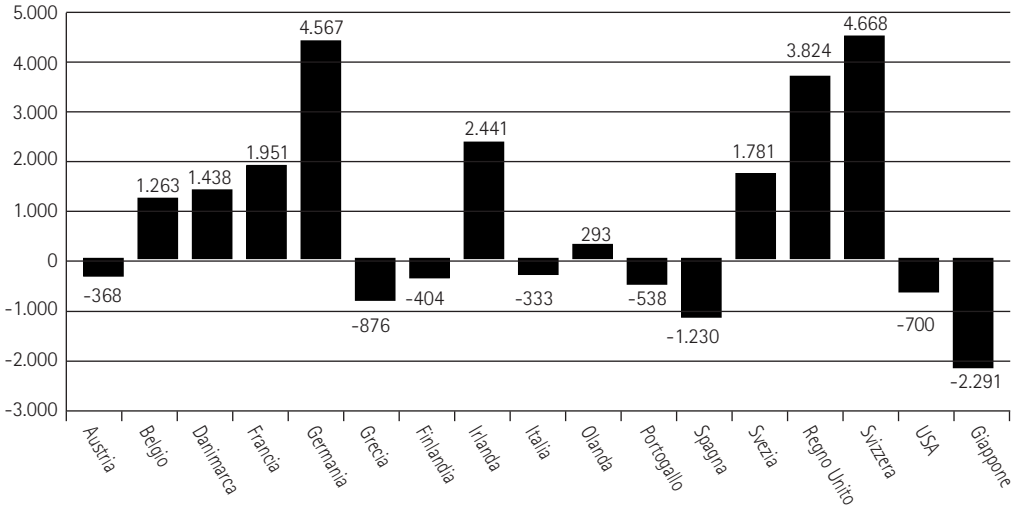
Fonte: Indicatori Farmindustria 2000

Svezia. (+1.781). L'incidenza della spesa per Ricerca & Sviluppo nel settore farmaceutico, calcolata in percentuale sul Pil, è rimasta negli ultimi anni pressoché costante in Italia, Germania, Olanda, Portogallo, Spagna, aumentando in Francia, Islanda, Stati Uniti, Australia.

L'Italia destina una quota piuttosto marginale della spesa sanitaria alla R&S, rispetto agli altri Paesi sviluppati. Se si prende come anno di riferimento il 1990, la quota della spesa sanitaria per R&S, calcolata sul PIL, in Italia era dello 0,09%, contro lo 0,29% della Francia, lo 0,22% degli Stati Uniti e lo 0,16% del Giappone. Gli ostacoli ad uno sviluppo dell'attività R&S nel nostro Paese sono, secondo alcuni, attribuibili alla necessità di interventi in campo politico, economico ed istituzionale orientati ad una riduzione dei vincoli di sperimentazione.

Attualmente la quota pubblica di spesa per R&S maggiore è quella degli Stati Uniti (3,35%), Giappone (2,92%) e Svizzera (4,67%).

GRAFICO 6.5.5. Saldi della bilancia farmaceutica (mln di $)



Fonte: Indicatori Farmindustria 2000

Nel confronto internazionale si deve peraltro tenere conto di numerose differenze dei mercati.

Il prezzo medio al pubblico dei farmaci in dollari, ad esempio, varia fra i 48,53$ del Giappone, ai 6,11$ della Grecia, con l'Italia che si attesta nel fondo della lista con 10,29$; sebbene i confronti siano resi difficili da numerosi fattori, emerge certamente che coesistono diverse politiche farmaceutiche, prevalentemente pubbliche, che condizionano un mercato che praticamente ovunque è fortemente regolamentato.

In Italia, ad esempio, dal 1976 ad oggi l'indice dei prezzi al consumo delle specialità medicinali è cresciuto circa la metà di quello generale dei prezzi al consumo, e circa un terzo di quello dei servizi medici non ospedalieri. Inoltre, confrontando l'aumento dei prezzi con i costi, si deve anche aggiungere che, nel periodo considerato, se il primo è in linea con quello delle materie prime farmaceutiche, il costo del lavoro nel settore è aumentato di oltre il doppio.

Il confronto del prezzo medio al pubblico con i Paesi europei più vicini ci dice ancora che solo la Francia ha prezzi inferiori, mentre nel Regno Unito sono superiori di quasi il 30%, con punte del 60% in Germania e Svizzera.

Si noti inoltre che i consumi farmaceutici si sono ridotti nel biennio 1999/98 in Francia (-0,68), Belgio (-0,38) ed Stati Uniti (-3,28), mentre sono aumentati fortemente nel Regno Unito (+7,11), Portogallo (+5,11) e Grecia (+9,57) e, lievemente, in Italia (+1,83).

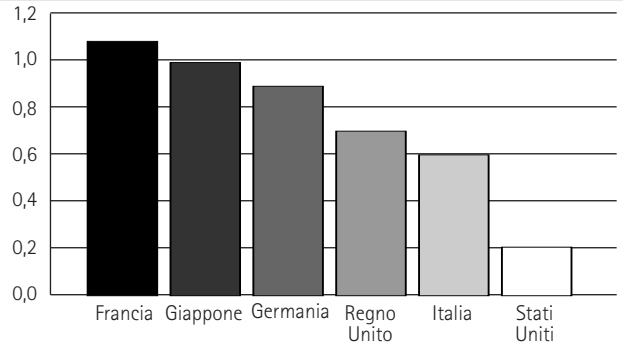
In complesso la spesa farmaceutica assorbe una quota variabile del PIL, che tocca il 2,5% in Portogallo e il 2,3% negli Stati Uniti, essendo compresa nei principali Paesi europei fra il 1,7% della Francia e l'1,1% dell'Olanda, con l'Italia vicina ai valori minimi (1,3%).

A riprova che le politiche sanitarie pubbliche hanno un impatto decisivo sul mercato farmaceutico riportiamo infine la spesa farmaceutica pubblica (in percentuale del Pil).

Si evidenzia una generale crescita del rapporto: a parte la punta del Portogallo ove si è passati dal 0,8% al 1,4% negli anni 1988-1997, segnando quindi il +0,6%,

quasi tutti i Paesi industrializzati hanno registrato aumenti fra lo 0,1% e lo 0,4% tale rapporto.
In controtendenza troviamo solo Belgio (-0,1%) e specialmente Italia e Germania (rispettivamente -0,3% e -0,4%).
L'Italia con tale riduzione si attesta ormai nelle ultime posizioni in quanto a spesa pubblica: nel 1997 la percentuale è pari al 0,6% del Pil (sebbene una lieve ripresa si è registrata negli ultimi due anni), ove fra i Paesi europei solo la Grecia impegna sensibilmente di meno (0,3%). Per confronto ricordiamo che la Francia e la Spagna si attestano al 1,1%, il Giappone al 1%, la Germania sullo 0,9%, il Regno Unito a 0,7%.
In definitiva la spesa farmaceutica in Italia rappresenta un caso abbastanza peculiare essendo bassa in assoluto e ancor meno coperta dall'intervento pubblico.

GRAFICO 6.5.6. Spesa Farmaceutica pubblica % del PIL



Fonte: OECD 1998

6.6. Stato di salute e stili di vita [25]

Avendo analizzato i SS non ci si può esimere dal verificarne l'impatto sullo stato di salute, sulla determinazione del quale, peraltro, è opinione diffusa che un ruolo fondamentale lo detengano gli stili di vita.
Sebbene il quadro generale dello stato di salute della popolazione sia confortante ed abbia registrato indiscutibili miglioramenti, non di meno esistono alcune cause di allarme.
Nei Paesi dell'Unione Europea, ad esempio, la crescente disoccupazione, il divario progressivo tra ricchi e poveri con la nascita di nuovi strati di popolazioni diseredate (soprattutto in contesti urbanizzati), la modificazione degli stili di vita o delle condizioni ambientali hanno avuto una diretta influenza sullo stato di salute delle popolazioni, testimoniando come ormai le determinanti socio-economiche abbiano un ruolo principale nel rafforzamento, mantenimento o deterioramento dello stato di salute delle popolazioni.
Nei Paesi dell'Est europeo e nelle aree europee della Federazione Russa, le principali cause di regresso nello stato di salute delle popolazioni sono stati, invece, i conflitti bellici e le profonde crisi socio-economiche, con il conseguente forte deterioramento delle condizioni di vita delle popolazioni residenti.
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), nella Regione europea

25. Le tabelle statistiche della seguente sezione sono disponibili in allegato sul Cd di Prometeo, numerate da A43 a A51.

il gap tra gli standards sanitari dei Paesi sviluppati ad alto reddito e quelli delle nuove aree in sviluppo continua ad allargarsi.

Il raggiungimento dell'equità continua ad essere il più grande problema e la condizione irrisolta di tutte le politiche sanitarie dei Paesi dell'Unione Europea, ovunque alle prese con grandi processi di riorganizzazione dei loro apparati statali e dei rispettivi sistemi di Welfare. Dalla prima valutazione del Programma mondiale Health for All (1991) promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si devono registrare mancati progressi per alcune determinanti non sanitarie come gli stili di vita che hanno influenza diretta sullo stato di salute (fumo, alcool, droghe, sicurezza stradale). Permangono e si aggravano, inoltre, diseguaglianze all'interno della Regione europea; per esempio, in alcune realtà della Federazione Russa, un bambino deve aspettarsi di vivere ben 11 anni di meno rispetto ad un altro nato nei Paesi dell'ovest.

In termini aggregati, le patologie cardiovascolari, si confermano essere tra le principali cause di morte. Esse sono responsabili del 49% di tutte le morti nella Regione europea; il 20-25% dei soggetti colpiti da infarto muore, mentre un ulteriore 15% avrà nel medio-lungo termine gravi problemi di riabilitazione[26]. Eccesso di fumo, alimentazione squilibrata (eccessivo consumo di grassi animali e sali), obesità ed insufficiente esercizio fisico giocano un ruolo determinante nell'insorgere di patologie cardiovascolari. Morbilità e mortalità potrebbero essere ridotte anche ricorrendo a campagne di prevenzione.

Per quanto concerne il cancro, nonostante le considerevoli risorse destinate alla sua lotta negli ultimi due decenni, la mortalità in Europa non si è ridotta significativamente. Sono stati scarsi i progressi registrati nei confronti del cancro al seno, ai polmoni e alle ovaie; un migliore controllo è stato esercitato nei riguardi del cancro alla cervice, ai testicoli e verso alcuni tipi di leucemia. Esiste in questo campo un forte divario tra est e ovest nei tassi di mortalità, particolarmente sotto i 65 anni: nel 1995 il cancro ha ucciso mediamente 84 persone ogni 100.000 in Europa e 112 nei Paesi dell'Est[27]. Il fattore più grave di rischio è rappresentato dal fumo, da solo responsabile del 30% di tutti i casi di cancro in Europa, seguito dall'alimentazione.

Le malattie croniche non si collocano tra le principali cause di mortalità, ma diabete, malattie croniche respiratorie, osteoporosi e altri disordini degenerativi continuano a rappresentare fondamentali problemi di salute e sono anche in continuo aumento. Dei 20-25 milioni di europei colpiti dal diabete molti registrano un aspettativa di vita minore rispetto alla media. Il diabete inoltre è uno dei più importanti fattori di rischio nelle malattie cardiovascolari. La prevalenza di patologie polmonari ostruttive affligge dal 2% al 7% dei cittadini europei. Prevenzione primaria, diagnosi precoce e programmi di riabilitazione sono le chiavi per combattere le patologie croniche, ma purtroppo rappresentano anche le strategie a maggior assorbimento di risorse.

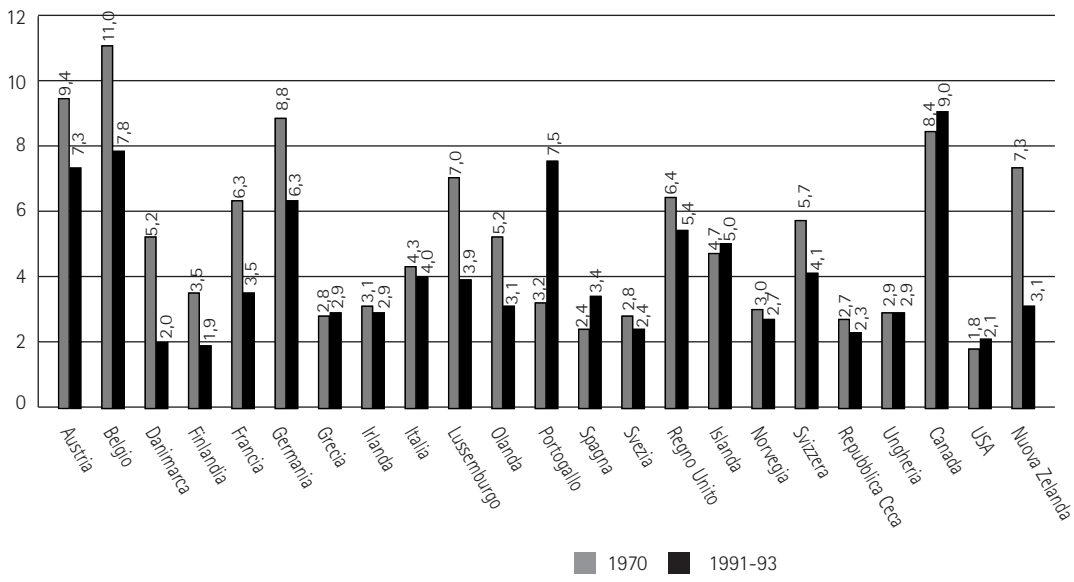
La diffusione ed il peso delle patologie mentali è spesso sottostimata.

Depressione e varie forme di neurosi e psicosi sono patologie in crescita nelle società sviluppate, e rappresentano uno dei problemi di maggior impatto sociale in ogni comunità. La comparazione dei trend tra i differenti Paesi è difficile, a causa di problemi culturali legati alla diversa definizione di disagio sanitario mentale ed alle diverse politiche sanitarie. La proporzione, certamente sottostimata, di popolazione con disordini mentali in Europa varia, da Paese a Paese, in

26. Fonte: WHO/Regional Office for Europe.
27. Fonte: WHO/HFA Countries Central East Europe Statistical Database.

un range che oscilla fra l'1% e il 6% della popolazione.
Mentre nei Paesi dell'Est europeo guerre, distruzioni, crisi economiche e politiche, nonché migrazioni, sono le cause determinanti delle patologie mentali, nei Paesi dell'Europa dell'Ovest sono la disoccupazione, la crisi economica e il disagio giovanile ed essere tra le principali cause del fenomeno.
Dobbiamo infine ricordare altre importanti cause di morte (dati per 100.000 abitanti) quali: incidenti stradali (UE: 11,8 vs. Est Europa: 15,7), suicidi (UE: 11,7 vs. Est Europa 16,1), omicidi (UE: 1,2 vs. Est Europa: 3,3)[28].
I costi umani ed economici di ferite da trauma e da avvelenamento causate da incidente sono di enorme portata. Esse rappresentano la principale causa di morte tra i giovani e molte potrebbero essere evitate se, con un limitato costo addizionale, fossero predisposte più incisive campagne di prevenzione.
Il costo del trattamento medico dei traumi è elevatissimo. In Europa il tasso annuo di ospedalizzazione per ferite e traumi è dell'1,6% ogni 100 persone, ponendosi al terzo posto tra le principali cause dopo le malattie cardiovascolari (2,2%) e le malattie dell'apparato digestivo (1,9%).
Gli incidenti stradali rappresentano la causa prima di ferite, traumi e decessi. Nei Paesi dell'Unione Europea il numero medio di incidenti stradali con feriti e traumatizzati è circa di 340 per 100.000 persone, valore che cresce di due, tre volte nei Paesi dell'Est europeo. Essi sono responsabili inoltre del 15% della mortalità tra tutte le cause di morte non patologiche[29].

GRAFICO 6.6.1. Feriti in incidenti stradali (Valore per 1.000 abitanti)



Fonte: OECD Health Data 1998

Per quanto concerne il fumo nella prima metà degli anni '90, circa il 30% degli adulti erano fumatori giornalieri e nessun Paese aveva ancora raggiunto l'obiettivo dell'80% di non-fumatori previsto dal programma Health for All lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il tabacco è considerato responsabile

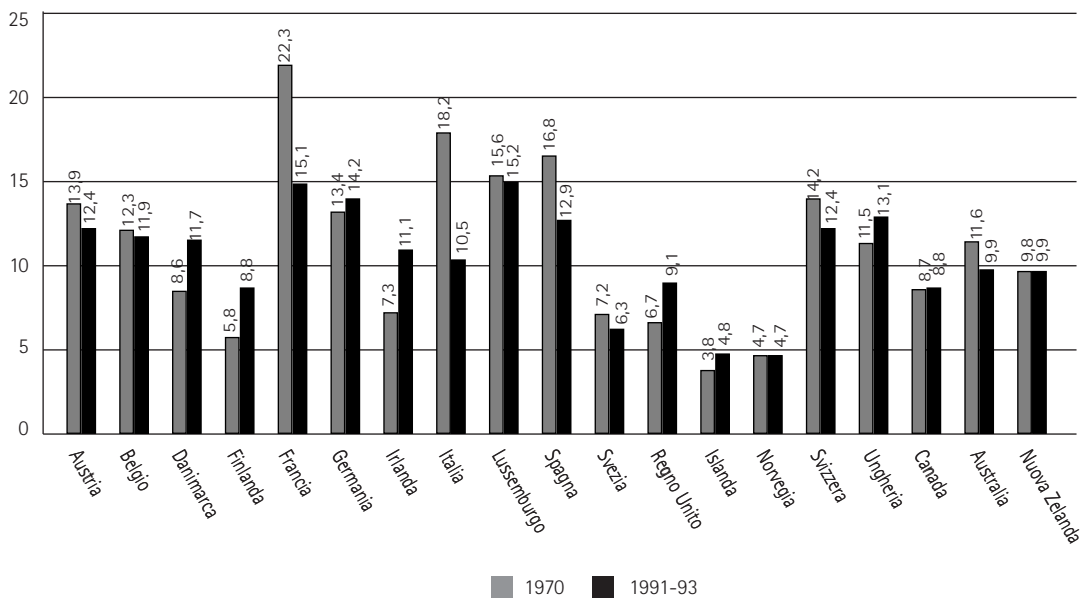
28. Fonte: WHO/HFA Countries Central East Europe Statistical Database.
29. Fonte: WHO/regional Office for Europe.

di 1,2 milioni di decessi in Europa nel 1995, circa il 13% di tutte le morti. Si calcola che nei Paesi dell'Est e dell'ex Unione Sovietica il 20% di tutti gli adulti di sesso maschile morirà prima di raggiungere i 69 anni per patologie collegate al fumo, mentre nei Paesi UE lo stesso avverrà per il 10% circa, pari a una perdita media tra i 19 e 23 anni di vita per soggetto. Se i trend attuali si confermeranno in futuro, si ipotizza che entro il 2020 il fumo ucciderà più persone nel mondo che ogni altra causa di morte. Anche la salute infantile è direttamente collegata al fumo. Madri fumatrici possono danneggiare la salute del bambino durante la gravidanza ed essere causa diretta di patologie del sottosviluppo. Alcuni studi hanno recentemente dimostrato che bambini di genitori fumatori registrano valori di mortalità più alti rispetto a quelli di genitori non fumatori.

Il 90% dei Paesi europei ha un consumo di almeno 2 litri di alcolici pro-capite annuo. Anche se i dati ufficiali non mostrano ulteriori incrementi di tali valori, il consumo è andato aumentando: negli ultimi anni si stima sia cresciuto di due o tre volte rispetto i dati riportati dalle statistiche ufficiali e ciò sembra testimoniato dal forte aumento delle patologie psicotiche legate all'abuso di alcool.

L'Europa stima di avere circa 1,5-2,0 milioni di forti consumatori di droghe. Queste includono la cannabis, oppiacei, anfetaminici e cocaina, il cui uso è in incremento in tutta l'Europa, soprattutto fra i più giovani. Circa il 40% dei casi di Aids (il cui aumento è in rapida crescita progressiva in tutta l'Europa) sono tra consumatori di droghe.

GRAFICO 6.6.2. Consumo di alcool (Litri annui pro-capite)



Fonte: OECD Health Data 1998

Si consideri inoltre come ormai sia un principio consolidato quello per cui le scelte alimentari rappresentano una fondamentale determinante dello stato di salute. Un alto livello di grassi nel regime alimentare è associato ad un incremento del rischio di contrarre cancro del seno o del colon, mentre un basso consumo di frutta e vegetali porta ad un aumento del rischio di patologie cardiova-

scolari. Elevati consumi di sali sono causa di patologie legate alla pressione sanguigna ed ad eventi infartuali. Risultati concreti nell'educazione alimentare sembrano essere scarsi: l'obesità comincia infatti ad affliggere al pari degli Stati Uniti sempre maggiori strati di popolazione europea. Il 10-20% degli uomini e il 10-25% delle donne europee sono affetti da obesità, e il trend è in espansione registrandosi un incremento del valore pari al 40% rispetto al decennio precedente. Per esempio, nel Regno Unito, la prevalenza dell'obesità è aumentata dal 6% al 8% fra gli uomini e dal 8% al 12% fra le donne nel periodo 1980-1995. L'obesità è causa diretta di molte patologie e si stima che rappresenti una porzione dei costi di assistenza sanitaria che va dal 2 al 7%.

Problemi alimentari sono anche quelli derivanti dalla malnutrizione, una quota crescente di popolazione europea vive in povertà relativa o assoluta, con dirette conseguenze sul grado e tipo di alimentazione, a scapito soprattutto dell'infanzia e delle fasce più anziane.

Anche l'inquinamento atmosferico può essere causa diretta di patologie mortali e contribuire a ridurre le speranze di vita. Gli sforzi per il suo contenimento devono necessariamente coinvolgere tutti i Paesi essendo l'inquinamento un fenomeno che non rispetta le frontiere politiche, come molti disastri ambientali occorsi nel Europa dell'Est hanno dimostrato nell'ultimo decennio. Tra i Paesi comunitari progressi rilevanti si sono potuti registrare nel Nord Europa, dove la tradizionale attenzione alle problematiche ambientali ha determinato il successo delle strategie di intervento adottate. Le amministrazioni hanno fatto ricorso a leggi e tasse speciali per ridurre l'inquinamento atmosferico provocato dalle automobili e all'identificazione di tecniche e metodi per ridurre le emissioni inquinanti provenienti dall'industria.

Qualità e sicurezza degli ambienti di lavoro, rappresentano importanti componenti nel determinare lo stato di salute. Nei Paesi europei circa il 10% degli incidenti sul lavoro sono tali da comportare una assenza superiore ai 60 giorni lavorativi. Tra l'1% ed il 5% di questi incidenti comporta un'invalidità permanente. Questo dato risulta ancora più allarmante se si considera, come si stima, che solo il 50% degli incidenti sul lavoro trova registrazione sulle statistiche ufficiali.

Si stima, inoltre, che la perdita economica originata da incidenti sul lavoro e conseguenti complicazioni sanitarie rappresenta il 3-5% del Pil. Nel Regno Unito è stato stimato che ciò equivale al 5-10% dei profitti del settore commerciale privato, mentre stime riferite ai Paesi del Nord Europa calcolano che una prematura inabilità al lavoro e la mortalità derivante da incidenti comporta una perdita sul Pil del 15% circa.[30]

Malgrado l'evidenza riportata, la promozione di corretti stili di vita è spesso nei fatti ostacolata da difficoltà politiche e sociali. Le drastiche riduzioni degli apparati di welfare degli Stati europei, la crisi economica e la ridotta possibilità di ulteriore prelievo fiscale a fini sociali, hanno causato l'erosione progressiva dei programmi di promozione della salute e della prevenzione. Dai rapporti provenienti dagli Stati europei, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sembra emergere questo quadro:

- la prevenzione e la promozione alla salute hanno un posto insignificante nei processi di riforma sanitaria comunitari;
- il budget loro destinato specificatamente è in media solo l'1% del budget destinato alla Sanità;
- gli accordi istituzionali per la promozione di politiche di Sanità pubblica sono

30. Fonte: WHO/Regional Office for Europe.

generalmente deboli ed inappropriati, affidandosi spesso solo a campagne educative non seguite da fondi e programmi per la loro fase di implementazione sul territorio;

• non sono ancora disponibili programmi di formazione per la promozione della salute.

Un elemento di positiva novità che si può cogliere osservando lo stato di salute dei cittadini dell'Unione Europea è, però, rappresentato dalla crescente consapevolezza delle popolazioni di come le condizioni ambientali (di vita e di lavoro) e l'adozione di corretti e sani stili di vita, siano fattori di diretto condizionamento dello stato di salute.

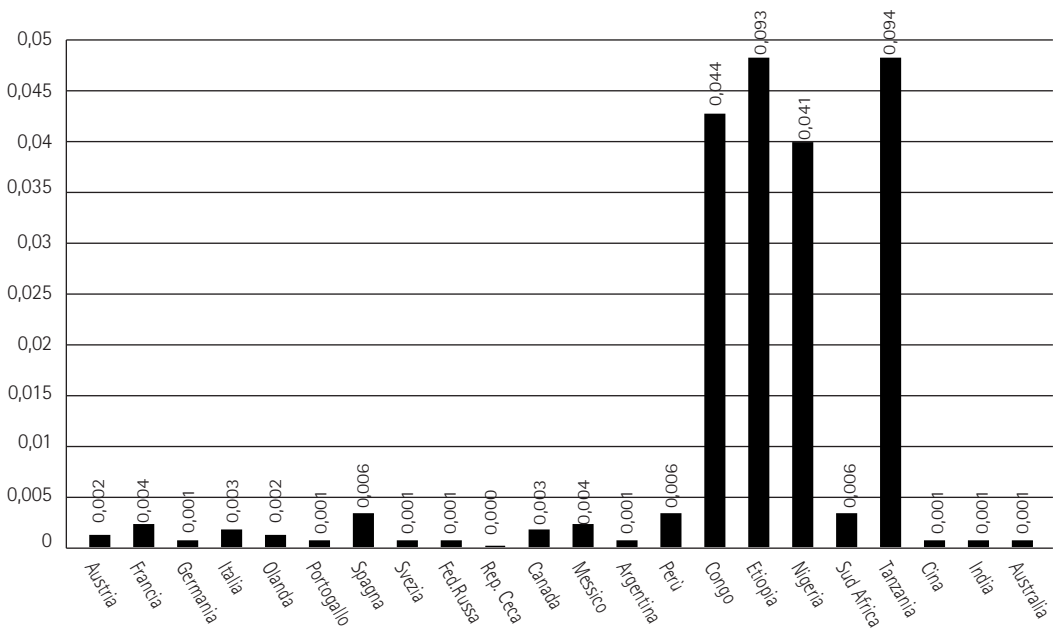
6.7. La Sanità degli "altri" [31]

Quanto sopra si applica a una quota rilevante ma tutt'altro che esaustiva della popolazione mondiale. Gli "altri" sono tutte quelle popolazioni del Terzo mondo e dei Paesi in Transizione, per le quali l'attenzione deve necessariamente spostarsi verso patologie per lo più residuali nei Paesi sviluppati, e soprattutto verso le condizioni di vita precarie in essere. Le condizioni igienico-sanitarie unitamente a quelle socio-economiche, sono infatti le principali responsabili della morbilità e mortalità di queste popolazioni.

Non possiamo però che iniziare dall'Aids, che sebbene comune anche ai Paesi sviluppati, assume nei PVS contorni drammatici.

Alla fine del 1998 il programma delle Nazioni Unite sull'Aids ha stimato che, dall'inizio dell'epidemia, 33,4 milioni di persone nel mondo sono state infettate dal virus dell'Hiv o soffrono di patologie collegate, mentre 13,9 milioni di persone

GRAFICO 6.7.1. Prevalenza malati Aids nella popolazione adulta (Valori per 100 ab.)



Fonte: elaborazione su dati 1994-96 OECD Health Data 1998

31. Le tabelle statistiche della seguente sezione sono disponibili in allegato sul CD di Prometeo, numerate da A52 a A55.

sono morte. Più di 9 persone su 10 infette da Hiv vivono nei PVS e il 66% degli infetti si trovano nell'Africa sub-sahariana.
L'infezione da Hiv e la mortalità da Aids affligge soprattutto giovani adulti nel pieno della loro vita economica e riproduttiva. È già stato osservato come l'epidemia di Aids abbia avuto pesanti ripercussioni sulla qualità della vita dei Paesi più colpiti e sia stato responsabile della forte contrazione dei valori sull'aspettativa di vita (anche di 10/20 anni nei Paesi a più alta incidenza[32]).
Per quanto concerne gli indicatori di accesso ai servizi sanitari, essi misurano generalmente il livello raggiunto nell'erogazione del servizio ma non forniscono indicazioni sui loro benefici o sui relativi tassi di utilizzazione. In particolare non forniscono informazioni su come la qualità o i consumi dei servizi differiscono tra i gruppi di popolazione nell'ambito dei diversi Paesi, Regioni o comunità.
Iniziamo dall'acqua: nei PVS la scarsità di acqua potabile, di servizi igienici di base e la difficoltà a gestire adeguatamente le acque reflue con la conseguente contaminazione delle fonti di approvvigionamento, sono le principali cause di morbilità trasmessa. Acqua potabile contaminata con feci depositate vicino o all'interno dell'abitato, ed inadeguata erogazione di acqua sono tra le più comuni problematiche di igiene pubblica: da sole è stimato che siano responsabili del 10% di tutte le patologie riscontrate nel terzo mondo[33].
Nelle aree urbane del terzo mondo il punto di erogazione idrica può essere rappresentato da una fontana pubblica (ma spesso anche privata, il cui uso avviene a titolo oneroso) collocata anche a centinaia di metri dal proprio abitato. Nelle aree rurali possono non essere disponibili accessi all'acqua potabile, costringendo molti componenti della famiglia ad impiegare parte della giornata all'approvvigionamento.
Nonostante gli sforzi effettuati in questo ambito sin dalla fine degli anni '80, dichiarati la *Decade internazionale dell'acqua potabile e della Sanitation* da un pool di Agenzie Internazionali, ancora una parte consistente della popolazione dei PVS non ha accesso all'acqua vivendo in condizioni inadeguate o a rischio. Per quanto riguarda altre componenti di accesso ai servizi, come la prevenzione, questa è generalmente effettuata da tutti i governi dei PVS che la realizzano mediante campagne di vaccinazione. Le principali patologie contrastate sono il morbillo, la difterite, la pertosse ed il tetano. È convinzione comune, però, che spesso venga fatto uso di personale non adeguatamente formato, e che non esista un coordinamento tra i vari programmi. Secondo il rapporto *Investing in the Health* (1995) della *Banca Mondiale*, queste patologie sono ancora responsabili del 10% circa delle malattie per i bambini sotto i cinque anni. Il tetano neonatale, per esempio, è ancora una importante causa di mortalità infantile in moltissimi PVS, e può essere prevenuta attraverso la vaccinazione della madre durante la gravidanza.
Altre aspetto fondamentale è quello della salute riproduttiva, nella quale si comprende, tipicamente, l'assistenza prenatale, l'assistenza per una gravidanza sicura, la contraccezione, il trattamento e la prevenzione nei confronti di malattie sessualmente trasmissibili. A questi servizi dovrà essere impresso un forte sviluppo nei prossimi due decenni, in quanto si prevede che il numero delle donne in età riproduttiva sarà il doppio dell'attuale. Una novità nei PVS, è il crescente numero di coppie che non desidera figli o vuole posporre il momen-

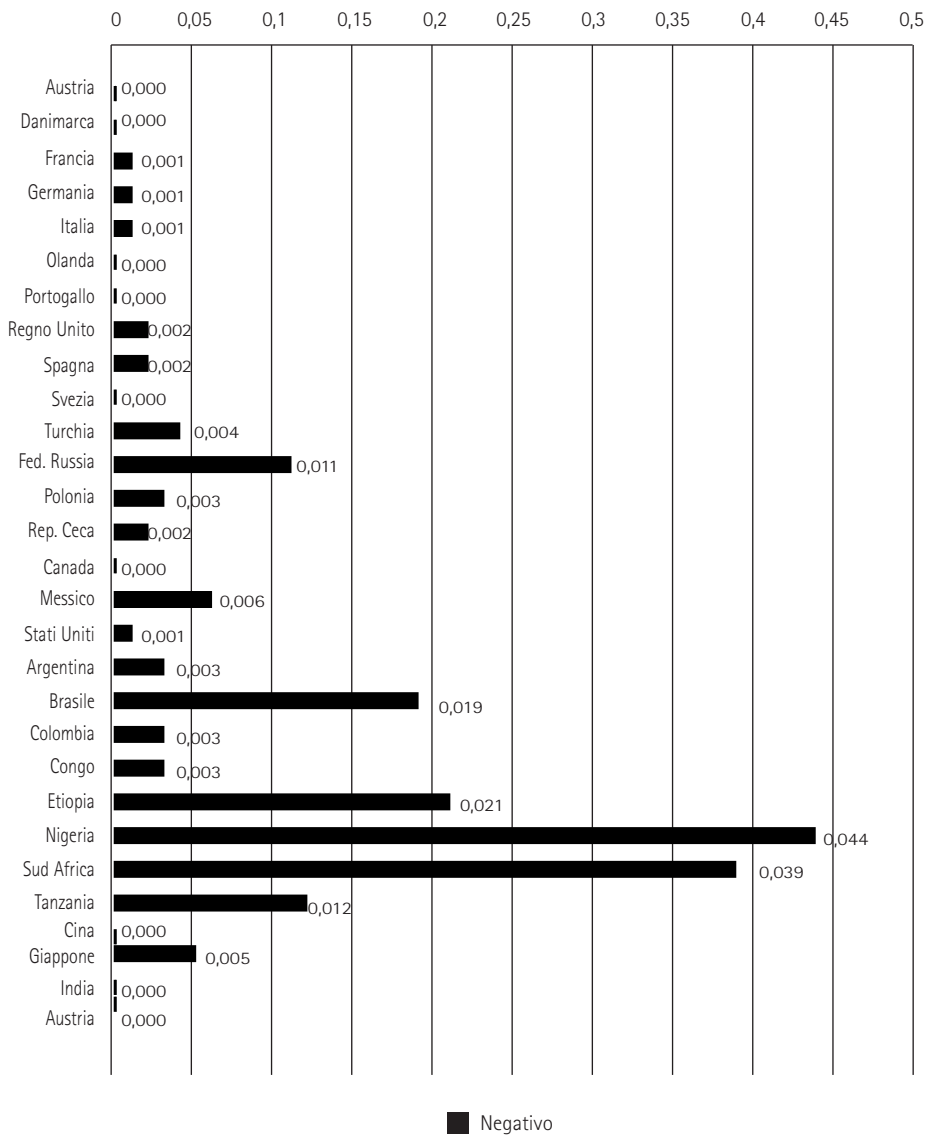
32. Fonte: The World Bank. - 33. Fonte: The World Bank.

to della riproduzione, anche se ciò avviene senza ricorrere a metodi contraccettivi. Inoltre è in costante aumento, sia nei Paesi ad alto che a basso reddito, il numero delle adolescenti vittime di gravidanze indesiderate. Le ragioni di questi fenomeni sociali e sanitari vanno ricercate sia nella mancanza di opportune campagne di informazione ed educazione sessuale, sia nell'ignoranza e nella resistenza culturale presente in molte popolazioni.

La limitata disponibilità di dati sullo stato di salute o sull'utilizzazione dei servizi è il maggiore problema nelle valutazioni sanitarie nei PVS. Le stime di prevalenza ed incidenza sono disponibili solo per alcune malattie, e spesso non sono attendibili. La capacità e la volontà di raccogliere ed elaborare informazioni sanitarie differisce molto in funzione delle diverse autorità nazionali.

Le stime sul basso peso alla nascita sono per lo più estratte dalle registrazioni ospedaliere, ma in molti PVS le nascite avvengono a casa o in altri luoghi e raramente vengono registrate. La proporzione di bambini sottopeso è tra i più comuni indicatori di malnutrizione, condizione che si tramanda da una generazione

GRAFICO 6.7.2. Prevalenza TBC (Valori per 1.000 ab.)



Fonte: The World Bank

all'altra: madri malnutrite genereranno bambini sottopeso. In ogni caso, secondo la Banca Mondiale, la lotta alla malnutrizione rappresenterà nei PVS tra le maggiori sfide dei prossimi decenni, essendo uno dei principali fattori di rischio per lo stato di salute. Adeguate quantità di vitamine e minerali sono una condizione base essenziale ad una crescita sana e ad uno sviluppo equilibrato, come molti studi scientifici indicano.

Ulteriore rischio sanitario è rappresentato dal fumo. Alla metà degli anni '90 è stata stimata una quantità di fumatori nel mondo pari a 1,1 miliardo di soggetti, pari ad un terzo della popolazione adulta globale. Mentre negli ultimi 30 anni si registra una prevalenza in declino nei Paesi ricchi sviluppati dell'occidente, in molti Paesi a medio e basso reddito la percentuale di fumatori è di contro cresciuta sensibilmente, tanto che più dell'80% dei fumatori vivono oggi nei PVS. Si è stimato che nel 1990 il tabacco sia stato responsabile della morte di 3 milioni di persone nel mondo[34].

A causa del ritardo del diffondersi del fumo nei PVS, ancora non sono visibili significative conseguenze epidemiologiche, ma nei prossimi anni è atteso un aggravarsi di tutti valori collegati alle principali patologie legate al fumo.

La tubercolosi, infine, è la maggiore causa di morte da singolo agente patologico fra gli adulti dei PVS. Anche nei Paesi industriali la TBC è riemersa, a causa dell'immigrazione proveniente dal terzo mondo, che ha reimportato un agente batterico da tempo scomparso nel mondo sviluppato.

In conclusione possiamo osservare come la storica conferenza mondiale Health For All tenutasi ad Alma Ata nel 1978, aveva stabilito quale obiettivo comune a tutti i Paesi membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che entro il 2000 si sarebbe dovuto raggiungere un livello di salute in grado di consentire a tutti di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. Nelle decadi successive a quella dichiarazione si sono conseguiti importanti obiettivi come la forte crescita dell'aspettativa di vita che, per esempio nell'ultimo secolo, è cresciuta di 30 anni nei Paesi sviluppati, nonché la vittoria nei confronti di alcune malattie contagiose in tutto il mondo, come il vaiolo che é stato debellato in tutti i PVS.

Nonostante questi progressi, che pure hanno contribuito a creare le condizioni per una migliore qualità della vita, permangono ancora problemi di difficile risoluzione. Il declino progressivo della natalità ha portato ad una transizione demografica, che in tutti i Paesi ha avuto come conseguenza l'espansione della popolazione delle classi d'età più anziane. Collegata a questa transizione in tutti i Paesi si è assistito ad un aumento delle patologie cancerogene, cardiovascolari, mentali, degenerative. Contro queste patologie, che hanno sostituito ovunque la tradizionale battaglia contro le malattie infettive, i risultati delle politiche di prevenzione approntate non sono stati decisivi. Il costo di queste politiche, assai più complesse da predisporre, è elevatissimo e l'efficacia dell'impatto può essere misurata ed ottenuta solo dopo molto tempo (comportando quindi anche un problema di minore spendibilità politica, in considerazione delle rilevanti risorse che occorre allocare).

In genere si assiste ad una doppia difficoltà in molti PVS: da una parte i Governi si devono dedicare e destinare risorse alle malattie tipiche della povertà, e dall'altra alle malattie non-trasmissibili e degenerative. Questo stato di cose, che mette a dura prova i sistemi sanitari e le risorse disponibili, è dovuto ad un fenomeno mondiale che accompagna la transizione demografica ad una transizione epidemiologica che sta progressivamente spostando l'attenzione dalle malattie infettive a quelle degenerative.Risulta ancora molto elevata la percentuale delle

34. Fonte: WHO, (Tobacco's Free Initiative).

persone che non riescono a raggiungere un adeguato livello di salute. In questo senso le sfide da affrontare per i Governi di questi Paesi sono soprattutto di natura politica e progettuale. La prima sfida è rappresentata da problemi emergenti, come la piaga dell'Hiv/Aids, la rinascita della malaria, le conseguenze del fumo e la denutrizione. Si è compreso che una delle cause dello stato di salute dei PVS è soprattutto la povertà che rimane la principale e fondamentale causa di sottosviluppo anche in campo sanitario. Lo sforzo nei prossimi decenni, secondo le principali agenzie internazionali, dovrà essere rivolto in primo luogo al far comprendere ai Governi dei PVS che investire nella salute e nella qualità della vita dei cittadini, ha decisivi ritorni sullo sviluppo economico e sulla crescita generale. Il comitato tecnico dell'OECD ha fissato come obiettivo la riduzione al 50% della povertà entro l'anno 2015. Questo obiettivo però sarà però raggiungibile solo se i diversi Governi sapranno avere un diverso approccio nell'uso delle loro risorse. La povertà colpisce maggiormente donne e bambini è quindi su di loro devono concentrarsi le risorse, soprattutto nella salute riproduttiva e nell'infanzia, riducendo la mortalità e la denutrizione infantile e materna (sradicare, inoltre, la poliomelite ed estendere la copertura dei programmi di vaccinazione).
La seconda sfida è rappresentata dalla lotta alle minacce per la salute derivanti da crisi economiche, conflitti, inquinamento ambientale, stili di vita ed abitudini insane. In particolare, un impegno mondiale per limitare ed evitare il consumo di tabacco potrebbe evitare milioni di morti premature nei prossimi decenni.
La terza sfida riguarda lo sviluppo di sistemi sanitari più efficaci, attualmente non in grado di dare una risposta adeguata alla domanda corrente ed incapaci di creare le condizioni per affrontare quella futura. L'obiettivo deve essere quello di creare sistemi sanitari che:

- accrescano lo stato di salute;
- riducano le disuguaglianze e le iniquità;
- rispondano alle aspettative dei cittadini;
- incrementino progressivamente la loro efficienza;
- proteggano e tutelino i singoli, le famiglie e le comunità vittime dell' impoverimento economico;
- aumentino l'imparzialità nel finanziamento e nell'accesso all'assistenza sanitaria.

Le difficoltà principali in tal senso, sono rappresentate dalle effettive capacità dei governi dei PVS di organizzare un Servizio Sanitario in grado di garantire efficienza, efficacia, equità di accesso ai propri cittadini, in collaborazione con un nascente settore privato, di cui va regolamentata l'azione e gli interventi. Capacity building e priorities setting appaiono quindi le due principali strategie di cooperazione, soprattutto da parte delle Agenzie Internazionali, nei confronti dei governi locali. A livello internazionale occorre inoltre predisporre risposte più efficaci per affrontare l'aiuto umanitario e le emergenze complesse.

6.8. The World Health Report 2000 dell'OMS/WHO e le classifiche di performance dei sistemi sanitari mondiali [35]

Il recente T*he World Health Report 2000* dell'OMS/WHO rappresenta una novità per i suoi contenuti ed anche perché indica un significativo cambiamento di attenzione del principale organismo sanitario internazionale.

35. Le tabelle statistiche della seguente sezione sono disponibili in allegato sul Cd di Prometeo, numerate da A56 a A58.

Infatti, pur manifestando preoccupazione per il perdurare di condizioni sanitarie assolutamente non sufficienti in vaste aree povere del mondo e, nel contempo, continuando a segnalare l'emergenza nei paesi "ricchi" di nuove esigenze, che avanzano a fianco di antichi problemi non ancora risolti, l'OMS/WHO per la prima volta quest'anno privilegia gli aspetti complessivi dei sistemi sanitari, realizzando un ambizioso tentativo di valutarne la performance a livello mondiale.
Dobbiamo immediatamente premettere che il tentativo è oltremodo ambizioso, in quanto la misura del livello globale di salute della popolazione è affare complesso, che non ha ancora trovato soluzione definitiva. La stessa definizione del contributo dei sistemi sanitari, piuttosto che degli stili di vita o di altri fattori socioeconomici, al raggiungimento di più alti livelli di salute, è questione controversa. Peraltro sembra infine prevalere la coscienza che tali temi siano comunque ineludibili nel lungo periodo e che, quindi, un tentativo in tale direzione, seppure opinabile in alcuni aspetti metodologici, sia assolutamente necessario.
Al di là della indubbia autorevolezza degli estensori del rapporto, il vero oggetto di riflessione è, dunque, il giudizio da dare sulla validità del metodo utilizzato. Diciamo subito che è in generale difficile dire se la metodologia utilizzata sia sufficientemente robusta per far fronte alle numerose obiezioni che potrebbero essere avanzate e che, peraltro, sono sempre in agguato quando si tenta di ragionare in termini di esiti finali. Malgrado tale difficoltà possa giustificare una certa prudenza nei giudizi, appare curioso che la questione in Italia sembra del tutto assente dal dibattito scientifico e giornalistico: forse perché l'opinione pubblica tutta, seppure con qualche scetticismo, ha accettato senza porsi troppe domande la promozione a pieni voti (secondi assoluti dietro la sola Francia) che l'OMS/WHO ci ha, forse sorprendentemente, attribuito.
Una maggiore disamina delle classifiche OMS/WHO è invece assolutamente necessaria, se non altro per capire come mai un Paese di cui è nota la disaffezione dei cittadini per il Ssn possa giungere secondo fra ben 191 Stati.
In primo luogo è importante evidenziare come la classifica approntata dall'OMS/WHO, sia la sintesi di varie classifiche parziali, elaborate singolarmente per tentare di sintetizzare la multidimensionalità del fenomeno Sanità.
In secondo luogo notiamo che, in linea con il mandato istituzionale dell'OMS/WHO, ed anche con la sua identità culturale, il focus delle classifiche è l'efficacia dei sistemi.
In una prima fase, infatti, si è tentato di misurare il grado di raggiungimento dell'obiettivo di garantire (in modo equo) alte aspettative di vita sana, attraverso il confronto fra i Paesi della Dale (Disability-Adjusted Life Expectancy) e dell'Equality of Child Survival (la sopravvivenza infantile). Abbiamo, quindi, un indicatore di efficacia rappresentato dal contemporaneo raggiungimento dell'obiettivo di garantire l'attesa di una alta qualità della vita e di una equa distribuzione di tale aspettativa fra le varie fasce della popolazione. Un secondo indicatore di efficacia utilizzato è la Responsiveness (intesa come la capacità di risposta, in senso lato, alle esigenze ed ai valori del paziente). In questo caso, possiamo assimilare l'indicatore ad un metodo di valutazione della Customer Satisfaction, rappresentante anch'essa un obiettivo primario di tutti i servizi sanitari.
Viene presa in considerazione, infine, l'equità del prelievo, che costituisce un ulteriore e chiaro indice di efficacia/equità[36].
Tutte le variabili sin qui considerate concernono, quindi, l'efficacia dei sistemi;

36. Adottiamo implicitamente l'ipotesi che un'equa distribuzione delle possibilità di accesso alle cure e della ripartizione dell'onere, sia un obiettivo di tutti i sistemi sanitari.

l'unico indicatore che trova ambito nelle classifiche e che in qualche modo potrebbe rimandare all'efficienza, è la spesa sanitaria pro-capite.
Essa, in questo contesto, viene intesa come misura della (non)incidenza della spesa sanitaria sui bilanci familiari; potremmo pertanto dire che rileva il costo-opportunità della rinuncia ad altri tipi di consumo dovuta alla esigenza di acquistare beni sanitari.
La spesa non è quindi rapportata al risultato, finendo così per rappresentare ancora più una indicazione di efficacia (per i cittadini sarebbe meglio spendere poco per la sanità, a parità però di servizio) che non di efficienza del sistema.
Dopo questa breve disamina dei principali indicatori utilizzati dall'OMS/WHO, possiamo considerare le singole classifiche.
La prima è quella inerente alla capacità dei differenti sistemi sanitari di raggiungere globalmente obiettivi in termini di salute; essa è calcolata con un punteggio da 1 a 100, mediando per il 25% il livello di Dale, per il 25% la equa distribuzione della salute (approssimata dalla Equality of Child Survival), per il 25% l'equità nella contribuzione finanziaria, per il 12,5% il livello della capacità di risposta ai bisogni e il rimanente 12,5% la equa distribuzione di tale capacità.
Al primo posto in tale classifica troviamo il Giappone, sicuramente per effetto di un Dale molto alto, accompagnato da una elevata Equality of Child Survival.
Nei primi 30 posti troviamo praticamente tutti i Paesi Europei e quelli più industrializzati. La Francia, prima nella classifica globale, occupa in questa classifica parziale il 6° posto (pur con una Dale alto, risulta penalizzata dal 27° posto nella classifica in termini di equità nella contribuzione).
L'Italia è all'11° posto: siamo infatti sesti in termini di Dale, 14-mi con riferimento alla probabilità di sopravvivenza infantile, ma solo 45-mi per quanto riguarda l'equità di distribuzione e 22-mi nella capacità di risposta ai valori dei cittadini (Responsiveness).
Per quanto riguarda l'ultima parte della classifica, essa è occupata pressoché interamente da Paesi africani. Motivi di tale posizione sono la bassa aspettativa di vita e la bassa sopravvivenza infantile, oltre ad una marcata inequità nella contribuzione.

TAVOLA 6.8.1. Raggiungimento globale degli obiettivi in termini di salute.
Primi 20 Paesi Membri, indice WHO, stime al 1997

Rank	Stati Membri states	Rank	Stati Membri
1	Giappone	11	Italia
2	Svizzera	12	Australia
3	Norvegia	13	Belgio
4	Svezia	14	Germania
5	Lussemburgo	15	USA
6	Francia	16	Islanda
7	Canada	17	Andorra
8	Paesi Bassi	18	Monaco
9	Regno Unito	19	Spagna
10	Austria	20	Danimarca

Fonte: World Healt Report 2000

Questa prima classifica, in definitiva, rispecchia fedelmente le aspettative di vita a livello mondiale, con in testa il Giappone (84 anni di vita media per le donne e quasi 78 per gli uomini alla nascita) e in fondo la Sierra Leone (rispettivamente 33 e 35 anni).

home

TAVOLA 6.8.2. Performance in termini di salute. Primi 20 Paesi Membri, indice WHO, stime al 1997

Rank	Stati Membri states	Rank	Stati Membri
1	Oman	11	Grecia
2	Malta	12	Monaco
3	Italia	13	Portogallo
4	Francia	14	Singapore
5	San Marino	15	Austria
6	Spagna	16	Emirati Arabi
7	Andorra	17	Marocco
8	Giamaica	18	Norvegia
9	Giappone	19	Paesi Bassi
10	Arabia Saudita	20	Isole Solomon

Fonte: World Healt Report 2000

Tornando all'Italia, possiamo notare che già in questa prima classifica si comincia a capire come alcuni mali del nostro Ssn siano stati in realtà colti: in particolare in essa l'indicatore relativo all'incapacità di "risposta", può rappresentare una proxy dell'insoddisfazione dei cittadini.
Non siamo brillanti neppure in termini di equità nel finanziamento, ma in presenza di una riforma federalista, che a breve cambierà completamente il quadro del finanziamento, è forse prudente sospendere il giudizio.
Invece, ed è notorio, nel Bel Paese si vive molto e lungamente sani: come si è detto nella premessa è difficile attribuire i meriti di ciò; certamente oggi aumenta la coscienza dell'importanza degli stili di vita su tali risultati.
Un'altra classifica parziale elaborata dall'OMS/WHO, è quella inerente alla performance riferita strettamente allo stato di salute, che viene calcolata confrontando la Dale effettiva con quella potenziale.
In tale classifica si considera anche la spesa sanitaria pro-capite, così da ottenere una, seppure relativa, indicazione dell'efficienza del sistema.Utilizzando questo criterio, si ottiene una classifica che vede al primo posto l'Oman, seguito da Malta e quindi dall'Italia. Evidentemente, per tali Paesi, il divario fra il livello di Dale effettivo e quello potenzialmente raggiungibile è minimo.
Si può quindi comprendere come sia plausibile trovare ai primi posti anche Paesi non particolarmente avanzati, che però hanno raggiunto al proprio interno un livello di performance in termini sanitari vicino a quello, che secondo le loro potenzialità di spesa, sarebbe massimamente ottenibile.
Ritroviamo al 4° posto la Francia, mentre il Canada è al 35° posto e gli Stati Uniti addirittura al 72° posto.
Gli Stati Uniti, in particolare, che nella prima classifica si trovano ai primi posti, slittano in questa fortemente verso il basso per effetto dell'elevata spesa pro-capite. Pur riconoscendo a tale Paese una ottima capacità di responsiveness,

TAVOLA 6.8.3. Performance complessiva. Primi 20 Paesi Membri, indice WHO, stime al 1997

Rank	Stati Membri states	Rank	Stati Membri
1	Francia	11	Norvegia
2	Italia	12	Portogallo
3	San Marino	13	Monaco
4	Andorra	14	Grecia
5	Malta	15	Islanda
6	Singapore	16	Lussemburgo
7	Spagna	17	Paesi Bassi
8	Oman	18	Regno Unito
9	Austia	19	Irlanda
10	Giappone	20	Svizzera

Fonte: World Healt Report 2000

l'OMS/WHO registra un livello di spesa pro-capite eccessivo rispetto ai risultati ottenuti (oltre ad una carenza di equità nella contribuzione).
Il calcolo del livello globale di performance del sistemi sanitari, sostanzialmente accorpa le due classifiche precedentemente citate.
Come già si è detto, al primo posto troviamo la Francia, seguita dall'Italia e a breve distanza da Paesi come Singapore, l'Oman e il Giappone.
In generale, come era lecito aspettarsi, i Paesi Europei tendono a rientrare nelle prime 40 posizioni. Vi troviamo inoltre l'Australia alcuni Paesi asiatici quali il Giappone, Singapore e gli Emirati Arabi.
Gli Stati Uniti sono al 37° posto, poiché pur presentando una elevata capacità di raggiungimento degli obiettivi (15° posto) hanno un livello di performance legato alla salute piuttosto basso (72° posto).
I Paesi del sud America tendono ad occupare un livello medio-alto nelle tre classifiche considerate. Una particolare attenzione la merita il Cile (primo in classifica in termini di sopravvivenza infantile), sempre posizionato nelle prime 35 posizioni in tutte le classifiche considerate.
In fondo alle classifiche troviamo soprattutto i Paesi africani, che uniscono basse aspettative di vita e limitate performance con forti iniquità nella contribuzione.
Per quanto concerne la seconda posizione occupata dall'Italia, essa è il frutto di un alto livello nell'aspettativa di vita (sana) con un basso profilo di spesa.
Evidentemente se si ipotizza un legame diretto fra sistema sanitario e aspettativa di vita, ciò indicherebbe una invidiabile efficienza. Quanto meno è però lecito domandarsi se questa interpretazione, contraria a tutti gli sforzi nostrani di politica sanitaria dell'ultimo decennio, che come è noto sono stati mirati ad accrescere l'efficienza del sistema limitando gli sprechi, sia reale; o piuttosto i risultati siano in buona misura attribuibili alla dieta mediterranea ed alla mitezza del clima.
Come anticipato in premessa, il limite delle classifiche come quella "coraggiosa" dell'OMS/WHO è proprio quello di definire i nessi causali che hanno portato al risultato finale.
In ogni caso, comunque, possiamo ritenere che il risultato sia quello che conta, e in tal senso il livello di benessere degli italiani è certamente fra i primi nel mondo. Allo stesso tempo, conviene guardare agli aspetti meno positivi del sistema, per tentarne una correzione.
Dobbiamo infatti ricordarci che la classifica OMS/WHO su almeno due aspetti ci "boccia": nella capacità di soddisfare le richieste in senso lato (e alto) dei cittadini e nella equità del finanziamento.
Sul primo, a parere di chi scrive, pesa proprio la scarsa spesa, che certamente comporta inadeguatezza delle strutture e della qualità non strettamente clinica del servizio, traducendosi in scarsa qualità percepita. Ottenere una maggiore responsiveness quasi sicuramente comporterebbe un costo e quindi potrebbe paradossalmente farci scendere nella classifica; rimane da decidere, quindi, a livello politico, se si desidera occupare uno dei primi posti della classifica per una maggiore capacità di risposta o per una minore spesa …
Sull'iniquità del finanziamento si è già detto; possiamo però aggiungere che una ragione di penalizzazione si rileva essere l'alta quota di spesa out of pocket degli italiani.
Essa è il frutto di una scarsa affezione dei più alle forme assicurative, peraltro in crescita ma con prodotti, quale le diarie, che possono considerarsi "vecchi", ma anche di una politica di continuo incremento della compartecipazione alla spesa, utilizzata per ridurre la quota di spesa pubblica.

home

La valenza di queste politiche è sempre stata ambigua, ma ora è altresì necessario definire esplicitamente se si ritiene che il moral hazard connesso con le forme assicurative sia tale da rappresentare un pericolo in termini di espansione dei consumi e come tale sia necessario addossare quote di spesa diretta sulle famiglie, o piuttosto preso atto dell'insuccesso dei ticket sia il caso di sviluppare rapidamente forme di sanità integrativa.
In definitiva, quella dell'Italia è una promozione che fa certamente piacere, ma che deve far pensare per il modo in cui di fatto si è generata; una attenzione a quegli indicatori che pure non ci vedono in buona posizione dovrebbe essere ai primi posti nella agenda della politica sanitaria nazionale del prossimo anno.

6.9. Conclusioni

Nel panorama della Sanità a livello internazionale sinteticamente tracciato, possiamo ritrovare alcuni tratti comuni alla maggioranza dei Paesi considerati, immersi però in specificità culturali e storiche che permangono caratterizzando i Servizi Sanitari.
La percezione dei Servizi Sanitari da parte dei cittadini rimane un focus centrale dei Governi, con risultati ad oggi profondamente difformi fra un Paese e l'altro.
Il ruolo dei Governi non può che essere condizionato dalla domanda di Sanità emergente. Osserviamo intanto che si assiste ad una progressiva ibridazione dei modelli di intervento pubblico; la quota di "pubblico" nel mondo è comunque alta, e spesso maggiore in Paesi solitamente citati come "privatistici" (come ad esempio gli Stati Uniti), rispetto a quella di Paesi a sistema sanitario nazionale (come ad esempio l'Italia).
La crescita dei bisogni, l'invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento dell'intervento finanziario pubblico hanno proprio per questo messo in crisi un po' tutti i Paesi, tanto che gli anni '90 hanno visto un arretramento della quota di spesa sanitaria pubblica, con conseguente trasferimento degli oneri sulla spesa diretta (out of pocket e assicurata) delle famiglie.
I vincoli di bilancio portano naturalmente alle esigenze di razionamento delle prestazioni. La soluzione del problema appare lontana ed oltremodo difficile, come le esperienze internazionali dimostrano, coinvolgendo etica e giudizi di valore tutt'altro che condivisi.
In pratica la determinazione di quale quota di domanda espressa debba essere considerata meritoria e quindi degna di attenzione da parte dei Governi è tutt'altro che affare scontato.
Di fatto, nella valutazione della performance complessiva dei Sistemi sanitari, assume particolare rilevanza la questione della capacità di soddisfare le richieste dei cittadini in senso ampio, cui si affianca il problema dell'equità del finanziamento. Anche quando i risultati complessivi in termini di efficacia (misurati, come nella classifica OMS/WHO, dando particolare rilevanza all'alto livello di aspettativa di vita) sono positivi, queste due questioni – capacità di risposta alle esigenze dell'utenza ed equità – rimangono centrali e meritano una particolare considerazione.
Il quadro è reso ulteriormente complesso dalla consapevolezza che i bisogni espressi sono direttamente proporzionali al reddito, come anche che lo stato di salute è fortemente condizionato da stili di vita e distribuzione del reddito oltre che dall'assistenza erogata. Da ciò la necessità di ripensare in larga misura la natura dell'intervento pubblico, ancor prima della sua entità. Questo ripensamento congiunto alla scarsità di risorse ha comportato negli ultimi anni forti ria-

dattamenti della struttura di offerta assistenziale. A questo proposito sembrano, però, prevalere (e permanere) fattori culturali che rendono largamente inconfrontabili i sistemi.
Il dato prevalente sembra essere quello di una forte influenza del fattore mutualistico nell'incentivazione della creazione di offerta assistenziale almeno a livello di strutture "ricettive" e di professionisti.
Differenti culture si percepiscono anche a livello dei protocolli terapeutici adottati, ove la cultura americana appare essere piuttosto peculiare e indirizzata a soddisfare qualunque domanda, almeno per quanto concerne le tecnologie interventistiche avanzate.
Per quanto riguarda il finanziamento, esso è ovviamente funzione del sistema politico-istituzionale, ed in particolare del "soggetto" a cui istituzionalmente è riservato il ruolo di terzo pagante.
Il finanziamento è inoltre interrelato ai livelli di assistenza garantiti: i quali, ovviamente, rappresentano l'esplicitazione, più o meno evidente di un principio di razionamento, e quindi influiscono sulle modalità di finanziamento se non sull'onere complessivo. Carenza di finanziamento del sistema e specularmene la ricerca di contenimenti di spesa, hanno rappresentato il leit motiv delle riforme degli anni '90; ma oggi a questo approccio si affianca, e assume sempre maggiori consensi, la tesi che vede la Sanità come un importante fattore di potenziale sviluppo economico.
La questione, anche se potenzialmente trascurata, è nota: invecchiamento della popolazione e aumento di reddito provocano un continuo ampliamento dei bisogni sanitari. La risposta a tale ampliamento richiede un aumento di offerta, che, in larga misura, si traduce in occupazione di personale qualificato (medico, infermieristico, etc.). La Sanità, pur facendo uso diffuso di tecnologie avanzate, rimane un servizio fortemente labour intensive, proponendosi in definitiva come ricetta possibile nell'ambito della lotta alla disoccupazione.
Esiste poi una quota non trascurabile di cosiddetto indotto sanitario, concentrato nella produzione di beni utilizzati all'interno del processo produttivo sanitario, quali farmaci, elettromedicali etc., che oltre a contribuire in modo significativo, al saldo della bilancia dei pagamenti, rappresentano una quota importante della spesa per ricerca e sviluppo. La rapidissima crescita delle tecnologie sembra peraltro rappresentare una garanzia di ulteriore sviluppo del settore.
Di contro nei PVS, ancora si assiste al flagello di malattie estinte nei Paesi sviluppati, e di (relativamente nuove) pandemie come l'Aids. La carenza persistente delle più semplici infrastrutture, basti pensare all'acqua potabile, rende impossibile un reale riscatto delle popolazioni, il cui carente stato di salute contribuisce non poco a tarpare le ali di ogni tentativo di autonomo sviluppo. Purtroppo un rapido confronto, per quanto superficiale, fra stato di salute delle popolazioni ricche e povere, rende del tutto evidente la situazione reale rendendo del tutto inutile qualsiasi ulteriore commento.

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

7.1. Premessa

Il presente capitolo riporta, per ciascuna famiglia di indicatori, una descrizione dei dati utilizzati e degli indicatori proposti nel presente volume e nel modello informatizzato MESS[1].
Uno specifico paragrafo è dedicato alla popolazione, per il cui utilizzo nella realizzazione degli indicatori si è resa necessaria una stima originale per classi di età disaggregata a livello territoriale di Usl e di provincia.
Si segnala anche la nota metodologica che costituisce l'ultima sezione del capitolo, a cura dell'Istituto Nazionale di Statistica, sulla introduzione del sistema automatico di codifica a partire dalle schede di morte relative all'anno 1995.
La tavola 7.1.1. che segue fornisce un elenco dei 244 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 7.1.1. Prometeo 2000 tutti gli indicatori proposti

Famiglia Gruppo di indicatori	Fonte dei dati e anno di riferimento	Numero indicatori	Ambito (*)
Mortalità standardizzata per causa	Istat triennio 1995-97	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	Ministero Sanità 1997 (sito internet)	16	provincia
Infortuni	Inail 1997	16	Usl e prov.
Posti letto	Istat 1997	24	Usl
Tasso utilizzazione	Istat 1997	24	Usl
Mix degenti	Istat 1997	8	Usl
Dotazione di personale del SSN	Ministero Tesoro 1997	16	Usl
Retribuzioni personale delle USL	Ministero Tesoro 1997	16	Usl
Medicina di base	Ministero Sanità 1997 (sito internet)	4	Usl
Contesto demografico	Istat 1997	16	Usl e prov.
Contesto economico	Istat, Ancitel, Tagliacarne 1997/1995	16	UslL e prov.
Atlante della mortalità per causa e sesso	Istat triennio 1995-97	48	Usl e prov.
Classifica stato di salute Usl	Istat triennio 1995-97	8	Usl e prov.
Totale indicatori		**244**	

(*) tutti gli indicatori sono disponibili a livello regionale

1. Il Modello informatizzato di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari è disponibile sul CD allegato al presente volume. Il CD contiene inoltre, in formato Excel, tutti gli indicatori elaborati per il Progetto Prometeo nelle edizioni 1999 e 2000

home

7.2. Popolazione

Fonte dei dati: Istituto Nazionale di Statistica, anni diversi

7.2.1. Stima della popolazione per classi di età

Per la costruzione degli indicatori previsti da Prometeo è stato necessario condurre una stima finalizzata a ricostruire la popolazione per sesso, classi di età, USL / provincia di residenza con aggiornamento agli anni 1995, 1996 e 1997.
Tale stima è stata operata a valere sui seguenti database:
- censimento nazionale della popolazione per comune, classi di età e sesso (1991),
- movimento anagrafico per comune e sesso (serie storica 1995-98),
- residenti per regione, classi di età e sesso (serie storica 1995-99, al 1° gennaio di ciascun anno).

Nello schema che segue sono sintetizzate le variabili disponibili per i diversi set di dati utilizzati.

Fonti	Classi di età	Comune di residenza	Aggiornamento annuale	Sesso
Censimento 1991	SI	SI	NO	SI
Movimento anagrafico	NO	SI	SI	SI
Popolazione regionale	SI	NO	SI	SI

La stima è stata condotta utilizzando un metodo "Montecarlo" che consente, mediante iterazioni successive, di ottenere una simulazione dell'aggiornamento dei dati del censimento '91 riequilibrati secondo quanto rilevato tramite movimento anagrafico a livello comunale e popolazione regionale 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 1997.
La tavola 7.2.1. riporta il riepilogo della popolazione stimata al 30 giugno per ciascun anno e per sesso.

Tavola 7.2.1. Popolazione stimata al 30 giugno di ciascun anno

Anno	Maschi	Femmine	Totale
1995	27.804.063	29.496.725	57.300.787
1996	27.855.384	29.541.603	57.396.987
1997	27.921.971	29.590.195	57.512.166

7.2.2. 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 7.2.2.); in funzione di tali pesi il grafico 7.2.1. propone un confronto fra la distribuzione della popolazione effettiva per bambini (popolazione di età inferiore ai 15 anni), adulti (età compresa fra i 15 ed i 64

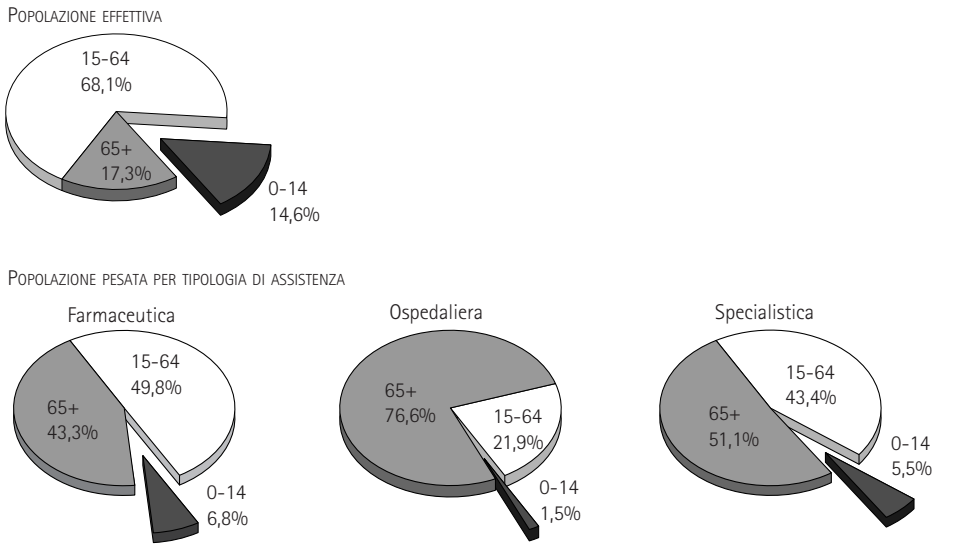
home

anni) e anziani (età oltre i 64 anni) con le analoghe popolazioni pesate rispettivamente per assistenza farmaceutica, specialistica e ospedaliera[2] (dati 1997).

Tavola 7.2.2. Pesi per la determinazione della popolazione pesata

Età	Farmaceutica		Età	Specialistica	Età	Ospedaliera
< un anno	1,0000				< un anno	2,3260
1-4 anni	0,9690				1-4 anni	0,3770
5-14 anni	0,6950		< 15 anni	0,0518	5-14 anni	0,2900
	maschi	*femmine*			15-24 anni	0,4240
15-44 anni	0,6930	0,7710	15-44 anni	0,0534	25-44 anni	0,5930
45-64 anni	2,1040		45-64 anni	0,0580	45-64 anni	1,0060
65-74 anni	4,1760		65-74 anni	0,0850	65-74 anni	2,1130
> 74 anni	4,2900		> 74 anni	0,0640	> 74 anni	3,3900

GRAFICO 7.2.1. Popolazione effettiva e pesata per tipologia di spesa. Composizione per classi di età, dati 1997.



7.2.3. Popolazione tipo

I tassi di mortalità (cfr. § 7.3. – Decessi e Mortalità evitabile) sono standardizzati utilizzando come popolazione tipo quella c.d. "mondiale"[3] . La popolazione tipo utilizzata nella precedente edizione di Prometeo, assunta pari alla popolazione italiana 1994 (tavola 7.2.3.), rimane confermata per la standardizzazione dei dati alla base della classifica sullo stato di salute.

7.3. Decessi e mortalità evitabile

Fonte dei dati: Istituto Nazionale di Statistica, 1995-1997.

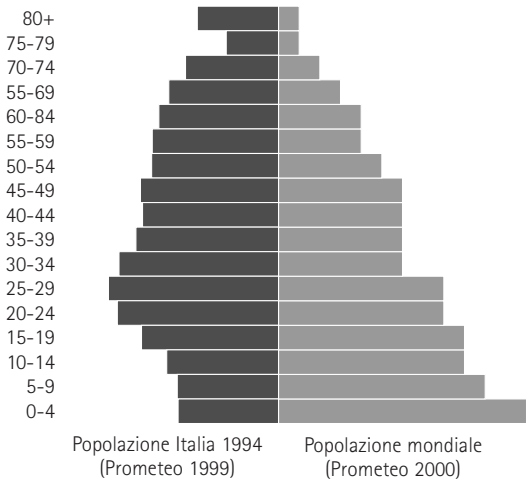
2. Si ricorda che il Ministero della sanità prevede che per le restanti voci di assistenza sanitaria (escluse quelle sopra menzionate) i pesi utilizzati siano quelli unitari, cioè che la popolazione pesata e quella effettiva coincidano.
3. Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. Cancer in five Continents, 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.

home

TAVOLA 7.2.3. Popolazione tipo utilizzata per le edizioni Prometeo 1999 e 2000

Classi di età	Popolaz. Italia 1994	Mondiale (stand Istat)
< 4 anni	48,6	120,0
5-9 anni	49,0	100,0
10-14 anni	54,1	90,0
15-19 anni	66,3	90,0
20-24 anni	78,0	80,0
25-29 anni	82,3	80,0
30-34 anni	77,2	60,0
35-39 anni	69,0	60,0
40-44 anni	65,8	60,0
45-49 anni	66,8	60,0
50-54 anni	61,4	50,0
55-59 anni	61,1	40,0
60-64 anni	57,9	40,0
65-69 anni	53,1	30,0
70-74 anni	45,0	20,0
75-79 anni	25,3	10,0
> 79 anni	39,3	10,0
Totale	**1000,0**	**1000,0**

Piramidi delle popolazioni tipo utilizzate



7.3.1. 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 1995-97 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 1.664.669 casi su 1.672.473 decessi avvenuti in Italia nel triennio 1995-97. Per l'elaborazione degli indicatori a livello di Usl (inclusa la classifica sullo stato di salute) sono stati esclusi 3.127 casi per i quali non era nota la Usl di residenza del deceduto (tavola 7.3.1.).

Dal punto di vista metodologico quattro aspetti rendono non direttamente con-

Tavola 7.3.1. Decessi avvenuti in Italia nel triennio 1995-1997, per Regione

Regione	Totale casi	Casi Usl nota	Casi Usl non nota	
			numero	% su totale
Piemonte	147.258	147.246	12	<0,05%
Valle d'Aosta	3.861	3.861	–	–
Lombardia	256.430	256.423	7	< 0,05%
p.a. Bolzano	10.617	10.615	2	< 0,05%
p.a. Trento	13.545	13.545	–	–
Veneto	125.343	124.928	415	0,3%
Friuli Venezia Giulia	43.665	43.665	–	–
Liguria	66.558	66.558	–	–
Emilia Romagna	135.305	135.303	2	< 0,05%
Toscana	122.510	122.507	3	< 0,05%
Umbria	27.252	27.251	1	< 0,05%
Marche	45.250	45.247	3	< 0,05%
Lazio	139.279	138.138	1.141	0,8%
Abruzzo	37.850	37.850	–	–
Molise	10.449	10.449	–	–
Campania	138.282	137.747	535	0,4%
Puglia	94.805	94.804	1	< 0,05%
Basilicata	16.470	16.409	61	0,4%
Calabria	52.236	52.236	–	–
Sicilia	137.095	137.007	88	< 0,05%
Sardegna	40.609	39.753	856	0,1%
Totale	**1.664.669**	**1.661.542**	**3.127**	**0,2%**
Provincia non nota	6.797			
Totale deceduti residenti in Italia	**1.671.466**			
Residenti all'estero	*1.007*			
Totale decessi avvenuti in Italia	**1.672.473**			

home

frontabili gli indicatori di mortalità pubblicati in questa edizione di Prometeo con quelli presentati lo scorso anno.

a) La popolazione tipo scelta ai fini della standardizzazione dei tassi di mortalità è, per l'edizione 2000, quella mondiale e non quella media nazionale (cfr. § 7.2.3. – Popolazione tipo); dalla tavola 7.2.3. è evidente come la popolazione standard utilizzata per la presente edizione risulta significativamente diversa da quella media nazionale, soprattutto con riferimento alle classi di età più giovani. Il cambiamento della popolazione tipo di riferimento comporta quindi una variazione dei tassi tanto maggiore quanto differente risulta la composizione per età fra gli standard adottati.

I grafici 7.3.3.a e 7.3.3.b mostrano, a titolo esemplificativo, i tassi per sesso di tre regioni (Lombardia, Lazio e Campania) e nazionali relativi alla mortalità per tumori 1995-97 standardizzati secondo entrambe le serie di pesi e le due classi di età (0-74 e 75 e più) adottate per gli indicatori compresi nell'atlante della mortalità (si veda il modello informatizzato MESS). Dal confronto emerge che i tassi calcolati con la popolazione mondiale assumono valori inferiori di circa il 40% rispetto agli analoghi tassi elaborati assumendo come standard la popolazione nazionale '94 nel caso della mortalità entro i 75 anni, mentre la variazione risulta contenuta al 3-5% nel caso della mortalità oltre i 74 anni.

b) I decessi evitabili sono stati selezionati in base alle stesse cause di morte della precedente edizione (tavola 7.3.4.) ma considerando una più ampia classe di età (da 5 a 69 anni compiuti, in luogo del limite massimo a 64 anni considerato per

GRAFICO 7.3.3.a Confronto fra tassi standardizzati calcolati utilizzando la popolazione mondiale e la popolazione italiana 1994 – Morti 0-74 anni, per sesso - Dati 1995-97

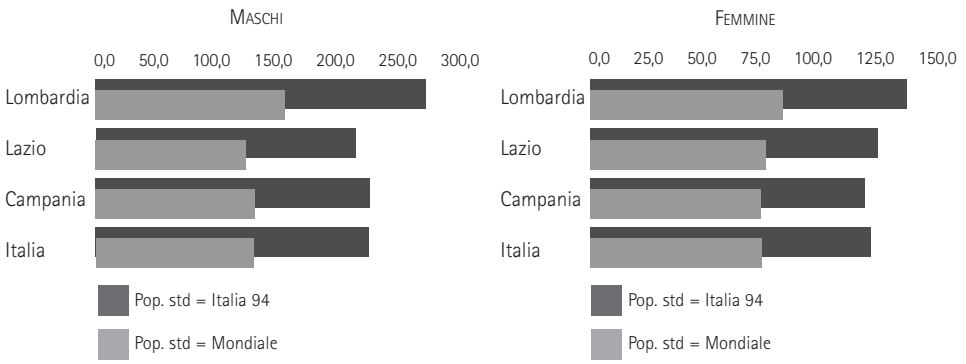
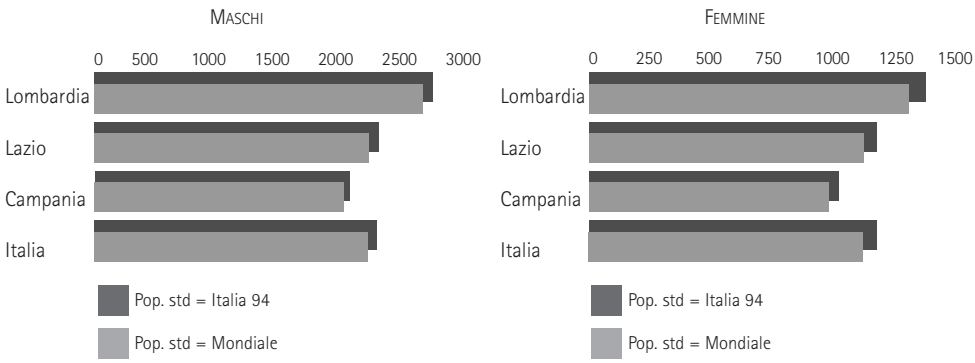


GRAFICO 7.3.3.b Confronto fra tassi standardizzati calcolati utilizzando la popolazione mondiale e la popolazione italiana 1994 – Morti 75 anni e più, per sesso - Dati 1995-97



home

Prometeo '99 – per approfondimenti relativi alle motivazioni di tale scelta si rimanda al Capitolo 1).

c) Gli indicatori della presente edizione sono stati calcolati sugli eventi morte rilevati nell'arco di un triennio (1995-97) invece che nel corso di un solo anno (1994) come avvenuto nella realizzazione di Prometeo '99.

TAVOLA 7.3.4. Decessi per causa di morte evitabile in età 5-69 anni – Triennio 1995-1997

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	3.376	1,4%
da 140 a 239	Tumori			
da 140 a 150; 155; 160, 161, 162 e 165; 188	*→cavo orale; fegato; vie respiratorie; vescica*	Prevenzione primaria	74.240	30,0%
da 172 a 182; 186; 201	*→pelle, mammella; utero; testicolo; mal. di Hodgkin*	Diagnosi precoce e terapia	25.332	10,2%
da 204 a 208	*→leucemie*	Igiene e assistenza sanitaria	6.320	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	206	0,1%
da 390 a 459	Malattie sistema circolatorio			
da 430 a 438	*→malattie cerebrovascolari*	Prevenzione primaria	24.726	10,0%
da 393 a 398; da 401 a 405; da 410 a 414	*→cardiopatie reumatiche croniche; malattia ipertensiva; malattie ischemiche cardiache*	Igiene e assistenza sanitaria	59.506	24,0%
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	7.816	3,2%
da 520 a 579	Malattie apparato digerente			
571.0,1,2,3	*→cirrosi e altre malattie del fegato da alcool*	Prevenzione primaria	2.480	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	1.133	0,5%
da 630 a 676	Complicazioni gravidanza, parto e puerperio			
da 630 a 676	*→tutte le cause*	Igiene e assistenza sanitaria	58	< 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	590	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	41.872	16,9%
da 001 a 999		**Totale**	**247.655**	**100,0%**
		Prevenzione primaria	143.318	57,9%
		Diagnosi precoce e terapia	25.332	10,2%
		Igiene e assistenza sanitaria	79.005	31,9

d) Infine, l'Istituto Nazionale di Statistica ha introdotto, a partire dai dati di mortalità relativi al 1995, il sistema di codifica automatica in sostituzione del precedente sistema manuale, per effetto del quale i dati di mortalità fino al 1994 e quelli successivi a tale anno possono essere resi confrontabili solo se analizzati in base ad un opportuno coefficiente di raccordo. Per approfondimenti in merito si rimanda al § 7.13. – Nota metodologica *Anno 1995, dati di mortalità per causa: l'introduzione del sistema di codifica automatica.*

7.3.2. Indicatori elaborati [4]

Classifica dello stato di salute per Azienda Usl (cfr. § 7.3.3.).
Mortalità infantile, per causa (morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi).
Mortalità standardizzata – tassi per 100mila 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.
Gli indicatori relativi all'età media alla morte costituiscono una innovazione di Pro-meteo 2000, non essendo presenti nella precedente edizione.

7.3.3. La classifica sullo stato di salute

L'indicatore utilizzato per la classifica sullo stato di salute è stato realizzato rappor-tando il numero degli anni perduti per mortalità evitabile al numero di anni potenziali (espresso in – 100mila – 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:
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);
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.

4. 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.

home

Nella tavola della 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 100mila potenziali disaggregato
- per ciascun gruppo di cause evitabili (prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria – cfr. tavola 7.3.4.),
- per i primi tre raggruppamenti di cause di morte secondo la classificazione interna-zionale delle malattie ICD 9 (tumori, sistema cardiocircolatorio, traumatismi e avvelenamenti, altre cause)
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.

7.4. Malattie infettive

Fonte dei dati: Ministero della sanità (sito internet), 1997

7.4.1. 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 100mila 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.
La famiglia di indicatori "malattie infettive" non era presente nella precedente edizione di Prometeo.

Tavola 7.4.1. Numero di casi di malattie infettive a notifica obbligatoria rilevate, anno 1997

Malattia	Notifiche	Malattia	Notifiche
Varicella	110.077	Altre	11.930
- di cui in età < 15 anni	*93.187*	*- pertosse*	*3.365*
Morbillo	41.254	*- diarrea infettiva*	*2.329*
- di cui in età < 15 anni	*31.194*	*- brucellosi*	*1.681*
Rosolia	34.612	*- rickettsiosi*	*1.114*
- di cui in età < 15 anni	*22.404*	*- meningite ed encefalite acuta virale*	*835*
Scarlattina	30.733	*- meningite meningococcica*	*207*
- di cui in età < 15 anni	*29.200*	*- febbre tifoide*	*807*
Parotite epidemica	29.649	*- sifilide*	*440*
- di cui in età < 15 anni	*26.408*	*- blenorragia*	*327*
Salmonellosi	16.020	*- micobatteriosi non tubercolare*	*295*
Epatiti	13.183	*- leishmaniosi viscerale*	*136*
- A	*9.952*	*- leishmaniosi cutanea*	*23*
- B	*1.996*	*- tetano*	*103*
- nAnB	*932*	*- legionellosi*	*93*
- virale non specificata	*303*	*- listeriosi*	*68*
Tubercolosi	5.421	*- leptospirosi*	*50*
- polmonare	*3.972*	*- botulismo*	*43*
- extrapolmonare	*1.402*	*- tularemia*	*14*
- polmonare ed extrapolmonare	*47*	**Totale notifiche**	**292.879**

home

7.5. Infortuni

Fonte dei dati: INAIL, 1997

7.5.1. 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 1997 e indennizzati a tutto giugno 1999 per inabilità temporanea e inabilità permanente.
Inoltre, in occasione della preparazione di Prometeo 2000 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 7.5.1.a e 7.5.1.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 7.5.1.a Numero di infortuni avvenuti nel 1997 e indennizzati a tutto giugno 1999, per classe di età e tipologia

Tipologia	< 30 anni	30-49 anni	> 49 anni	Totale
Temporanei	223.197	303.647	107.182	634.026
Permanenti	4.540	13.852	10.495	28.887
Morti	274	615	386	1.275
Totale	228.011	318.114	118.063	664.188

TAVOLA 7.5.1.b Numero di rendite dirette in essere nel 1997, per classe di inabilità e tipologia

Tipologia	11-40%	41/65%	> 65<%	Totale
Infortuni	818.224	89.555	34.737	942.516
Malattie professionali	221.994	43.099	20.429	285.522
Totale	1.040.218	132.654	55.166	1.228.038

7.5.2. Indicatori elaborati

Casi di invalidità temporanea per 100mila residenti 15-64 anni:
- infortunati < 30 anni,
- infortunati 30-49 anni,
- infortunati 50 anni e più,
- totale infortunati.

Numero di rendite dirette per 100mila 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.

7.6. Rete ospedaliera

Fonte dei dati: Istituto Nazionale di Statistica, 1997

7.6.1. 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 1.431 istituti (tavola 7.6.1.); sono esclusi dall'analisi gli istituti ed i reparti classificati come residuali manicomiali.

TAVOLA 7.6.1. Numero di istituti di cura presenti in Italia, dati 1997

Istituti	Elaborati	Dati non disp.	Totale presenti
Ospedali pubblici ed equiparati	760	4	764
– Osp. a gestione Usl	*705*	*4*	*709*
– Osp. classificati e assimilati	*40*		*40*
– Altri presidi ospedalieri Usl	*15*		*15*
Aziende Ospedaliere	143	1	144
– Aziende ospedaliere Ssn	*85*		*85*
– Policlinici universitari	*9*	*1*	*10*
– Ist. ric. e cura a car. scientifico	*49*		*49*
Case di cura accreditate	535	2	537
Totale istituti inclusi nelle elaborazioni	**1.438**	**7**	**1.445**
– Case di cura non accreditate			*111*
– Ospedali manicomiali residuali			*36*
Totale istituti esclusi dalle elaborazioni			**147**
Totale istituti (*)			**1.529**

(*) L'elenco completo degli Istituti di ricovero e cura presenti in Italia è stato rilevato sul sito internet del Ministero della sanità

Le elaborazioni sono state condotte per ciascuna delle seguenti aree assistenziali (in parentesi sono riportate le specialità afferenti a 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,

home

reumatologia, radioterapia oncologica, detenuti);
- altre specialità (riabilitazione e neuroriabilitazione, lungodegenti, psichiatria).
Infine, sono state 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 7.6.2. e 7.6.3.).

TAVOLA 7.6.2. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per tipo di istituto, anno 1997

Tipo di istituto	Posti letto rilevati	Posti letto esclusi(*)	Posti letto elaborati
Aziende Ospedaliere	92.506	640	91.866
Aziende Ospedaliere Ssn	*72.506*	*493*	*72.013*
Policlinici Universitari	*7.503*	*79*	*7.424*
Ist. Ric. e Cura Car. Scientifico	*12.497*	*68*	*12.429*
Ospedali pubblici ed equiparati	160.836	2.612	158.224
Ospedali a gestione diretta Usl	*147.873*	*1.572*	*146.301*
Ospedali classificati o assimilati	*10.695*	*1.040*	*9.655*
Altri ospedali presidi Usl	*2.268*	-	*2.268*
Case di cura	71.693	9.807	61.886
Case di cura accreditate	*64.515*	*2.629*	*61.886*
Case di cura non accreditate	*7.178*	*7.178*	-
Altri	9.578	9.578	-
Istituti manicomiali residuali	*9.578*	*9.578*	-
Totale Istituti	**334.613**	**22.637**	**311.976**

(*) 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 7.6.3. Posti letto rilevati ed effettivamente elaborati, per Regione, anno 1997

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	6.324	11.970	4.777	23.071	94,2%
Valle d'Aosta	–	520	–	520	100,0%
Lombardia	19.007	21.325	9.394	49.726	93,3%
p.a. Bolzano	–	2.384	476	2.860	92,7%
p.a. Trento	–	2.534	616	3.150	92,2%
Veneto	4.320	18.962	1.657	24.939	97,0%
Friuli Venezia Giulia	4.047	2.480	931	7.458	99,5%
Liguria	4.227	4.839	120	9.186	90,8%
Emilia Romagna	6.192	11.511	5.175	22.878	96,3%
Toscana	4.851	11.170	3.634	19.655	98,5%
Umbria	1.655	2.033	267	3.955	99,5%
Marche	1.898	5.889	1.388	9.175	97,5%
Lazio	9.690	13.025	12.247	34.962	87,3%
Abruzzo	–	5.789	2.082	7.871	94,0%
Molise	100	1.486	92	1.678	98,6%
Campania	6.556	9.768	7.146	23.470	85,7%
Puglia	7.376	12.380	2.374	22.130	92,7%
Basilicata	935	1.838	60	2.833	100,0%
Calabria	2.415	4.763	3.349	10.527	98,9%
Sicilia	11.364	7.432	4.471	23.267	94,1%
Sardegna	909	6.126	1.630	8.665	88,7%
Totale	**91.866**	**158.224**	**61.886**	**311.976**	**93,2%**

7.6.2 Indicatori elaborati

Dotazione posti letto:
– numero di posti letto per 100mila abitanti, per area assistenziale e totale.
Tasso di utilizzazione posti letto:

home

– tasso di utilizzazione (giornate di degenza / giornate disponibili[5]), per area assistenziale e totale.
Mix ricoveri
– ricoveri in terapia intensiva e per specialità ad elevata assistenza per 100 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 100 ricoveri, per tipologia di istituto di cura e totale.
Sia nel modello informatizzato MESS che nell'ambito del volume Prometeo 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. Ad esempio, i 100 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 letti per abitanti per ciascuna delle Aziende Usl molisane.
Gli indicatori relativi al mix dei ricoveri sono stati elaborati a partire da Prometeo 2000 e pertanto non compaiono nella precedente edizione.

7.7. Personale del Ssn

Fonte dei dati: Ministero del Tesoro – RGS Igop, 1997

7.7.1. Note generali

Il database Personale comprende la distribuzione per qualifica e azienda sanitaria (Usl e ospedaliera) del numero di dipendenti del servizio sanitario nazionale (tavola 7.7.1.). 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 7.7.1. Personale del servizio sanitario nazionale, per qualifica e tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro, anno 1997

	Numero di dipendenti Aziende		
	Usl	ospedaliere	Totale
Qualifica			
Medici	66.323	27.281	93.604
Infermieri	214.313	81.224	295.537
Altro personale	178.067	55.997	234.064
Totale	**458.703**	**164.502**	**623.205**
CCNL			
Dirig. medica e veter.	71.680	27.281	98.961
Altri dirigenti	15.566	3.176	18.742
Personale dei livelli	371.457	134.045	505.502
Totale	**458.703**	**164.502**	**623.205**

7.7.2. 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):

5. Giornate disponibili = numero di posti letto - giorni di attività nel periodo di riferimento.

- dipendenti per 1000 residenti,
- medici per 1000 residenti,
- infermieri per 1000 residenti,
- infermieri per medico.

Gli indicatori elaborati per le Aziende ospedaliere e per il totale delle Aziende (Usl e ospedaliere) sono stati introdotti con Prometeo 2000 e sono pertanto assenti dalla precedente edizione.
La sezione dedicata alla dotazione di personale del Ssn comprende l'indicatore donne per 100 uomini, per tipo di contratto collettivo (medici e veterinari, altri dirigenti, personale dei livelli e totale).
Retribuzione del personale delle Usl, per tipo di contratto collettivo (medici e veterinari, altri dirigenti, personale dei livelli e totale):
- retribuzione media,
- quota salario variabile (incentivi e straordinari) su totale retribuzione,
- incentivi medi,
- straordinari medi.

7.8. Gestione finanziaria

Fonte dei dati: Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 1997-99

Si tratta dei dati di rendiconto per Regione e per grandi aggregati di spesa mediante i quali sono state realizzate le elaborazioni presentate nel capitolo 2 relative al triennio 1997-99. I dati a livello di singola Azienda Usl e ospedaliere (fonte Ministero della sanità) non sono disponibili; si rimanda alla precedente edizione di Prometeo per l'aggiornamento al 1996.

7.9. Medicina di base

Fonte dei dati: Ministero della sanità (sito internet), 1997

7.9.1. 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. § 7.2.2.),
- spesa media per ricetta.

7.10. Contesto demografico

Fonte dei dati: Istituto Nazionale di Statistica, 1997-1998

7.10.1. Note generali

Per le considerazioni sui dati utilizzati per la costruzione degli indicatori del contesto demografico si rimanda ai punti 7.2. (Popolazione) e 7.3. (Decessi e mortalità evitabile) del presente capitolo.

7.10.2. 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. § 7.3.2.).

7.11. Contesto economico

Fonte dei dati: Istituto Nazionale di Statistica, Istituto Tagliacarne e ANCITEL, 1995 e 1997

7.11.1. Note generali

Il database Contesto economico contiene dati sulle forze di lavoro (Istituto Nazionale di Statistica) 1997 e sul valore aggiunto (Istituto Tagliacarne) a livello provinciale. Contiene inoltre, a livello comunale, i dati su depositi bancari e consumi elettrici (ANCITEL) 1997. A questi ultimi si aggiungono, sempre di fonte ANCITEL e su base comunale, i dati sulle dichiarazioni dei redditi 1995 (ultimo anno disponibile).

7.11.2. Indicatori elaborati

Dati 1997:
- tasso di disoccupazione per sesso e totale (numero di disoccupati su totale forze di lavoro x 100),
- valore aggiunto pro-capite;
- depositi bancari pro-capite;
- consumi elettrici pro-capite, privati e industriali.

Con l'edizione 2000 al contesto economico sono stati aggiunti i seguenti indicatori aggiornati al 1995:
- percentuale dei contribuenti per classe di imponibile (< 7,2 milioni, da 7,2 a 20 milioni, da 20 a 40 milioni e oltre 40 milioni di lire);
- contribuenti oltre 40 milioni di imponibile per 100 contribuenti con meno di 7,2 milioni di imponibile;
- percentuale imposta netta su totale imponibile;
- imponibile medio per contribuente e per residente.

home

7.12. Aree metropolitane

Le elaborazioni realizzate a partire da dati comunali (ad esempio, il contesto demografico) non consentono di costruire indicatori per le Usl infra-comunali. Per questo motivo i dati sono presentati in forma aggregata con la dizione AM (area metropolitana).
Ciò vale per le 4 Usl del comune di Torino, le 6 Usl dell'area di Milano (comuni di Assago, Basiglio, Binasco, Buccinasco, Casarile, Cesano Boscone, Corsico, Cusago, Lacchiarella, Locate di Triulzi, Milano, Noviglio, Opera, Pieve Emanuele, Rozzano, Trezzano sul Naviglio, Vernate, Zibido San Giacomo) e per le 5 Usl dell'area di Roma (comuni di Roma e Fiumicino).

7.13. Nota metodologica[6]

Anno 1995, dati di mortalità per causa: l'introduzione del sistema di codifica automatica

In Italia oltre 500mila schede di morte pervengono annualmente all'Istituto Nazionale di Statistica e sono sottoposte a revisione per quanto riguarda le informazioni demografiche, mentre le informazioni sanitarie che attengono alle cause di decesso sono oggetto di codifica manuale da parte di personale specializzato. Il medico certificatore o necroscopo, chiamato a constatare il decesso, deve indicare sul modello di rilevazione Istat (D4, D5, D4bis e D5bis) "tutte le malattie, gli stati morbosi o i traumatismi che abbiano condotto o contribuito al decesso, e le circostanze dell'accidente o violenza che hanno provocato questi traumatismi", riportando anche altre notizie di rilievo inerenti al decesso. Nella scheda viene distinto il caso di morte da causa naturale da quello di morte da causa violenta. Nel caso di morte da causa naturale viene specificata la causa iniziale, eventuali cause intermedie o complicazioni, la causa terminale ed altri stati morbosi rilevanti, mentre per la morte da causa non naturale viene indicata oltre alla causa violenta, la descrizione della lesione, le malattie o complicazioni, gli stati morbosi preesistenti ed il mezzo o modo col quale la lesione è stata determinata.
Le statistiche di mortalità sono basate convenzionalmente su una singola causa di morte, la cosiddetta causa iniziale la cui definizione è sancita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come segue:
1) "la malattia o il traumatismo che avvia il concatenamento degli eventi morbosi che conduce direttamente alla morte", o
2) "l'insieme delle circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale".
Il problema dell'individuazione della causa di morte è particolarmente semplice qualora sulla scheda sia riportata una sola causa. Tuttavia molto spesso sono più stati morbosi che hanno contribuito alla morte. In questi casi si pone il problema dell'individuazione della patologia ritenuta maggiormente responsabile del decesso, ovvero della "causa primaria di morte" (o "causa principale" o "causa fondamentale").
L'individuazione e la codifica della causa primaria avviene quindi sulla base di opportuni criteri di decisione, in accordo con le regole di codifica fornite dall'OMS, tenendo conto di tutte le informazioni demografiche e sanitarie ripor-

6. La nota è tratta dal volume Decessi: caratteristiche demografiche e sociali – Anno 1995. Collana: Annuario n. 4, Istat1999.

tate sulla scheda di morte. Una delle attività più impegnative e delicate del processo di produzione dei dati di mortalità riguarda proprio la selezione e la codifica della causa iniziale del decesso.
Fino all'anno di decesso 1994 la codifica veniva effettuata con un sistema integralmente manuale, ovvero personale specializzato individuava la causa iniziale che maggiormente aveva contribuito al decesso. A partire dai decessi del 1995 l'Istat ha introdotto un nuovo sistema di codifica delle cause di morte: è passato infatti da un sistema di codifica manuale ad un sistema automatico. Il 75% dei decessi viene oggi correntemente codificato automaticamente attraverso il software MICAR-ACME (MICAR Mortality Medical Indexing Classification and Retrieval, ACME Automated Classification of Medical Entities), sviluppato negli Stati Uniti dall'NCHS (National Centre for Health Statistics) e già utilizzato in diversi paesi (USA, Canada, Scozia, Inghilterra e Galles, Svezia, Olanda, Catalonia). Il restante 23% delle schede di morte, per motivi di qualità della codifica, viene codificato esclusivamente con il tradizionale sistema di codifica manuale. Tale percentuale comprende i casi relativi alle schede con un quadro nosologico complesso, ai decessi per cause violente e per Aids per le quali il sistema di codifica automatica presenta problemi di natura operativa e gestionale.
Il sistema di codifica automatico ha permesso senza dubbio la ristrutturazione e l'ottimizzazione dell'intero processo di produzione dei dati, ma ha anche condotto alla creazione di una discontinuità nei dati sulle cause di morte tra il 1994 ed il 1995. Per questo motivo l'Istat ha progettato un esteso "bridge coding" sottoponendo a doppia codifica, manuale ed automatica, i decessi relativi a sette dei dodici mesi del 1995 (gennaio, febbraio, marzo, maggio, luglio, settembre, novembre) opportunamente scelti, tenendo conto delle eventuali variazioni dovute all'effetto stagionalità, per un totale di circa 300.000 schede di morte.
Per dare un'indicazione sull'entità dei cambiamenti avvenuti nella serie storica di mortalità per causa si è ritenuto opportuno calcolare, sulla base del campione sottoposto a doppia codifica, un coefficiente di raccordo K calcolato nel seguente modo:

$$K_i = \frac{{}_id_N}{{}_id_M}$$

i = causa di morte
${}_id_N$ = numero di decessi codificati con il nuovo sistema di codifica nel gruppo i-esimo
${}_id_M$ = numero di decessi codificati manualmente nel gruppo i-esimo (sistema utilizzato fino ai dati relativi al 1994).
Il coefficiente è stato calcolato per i 15 gruppi di cause di morte, presenti nella IX revisione (esclusi i due gruppi: Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio ed Alcune condizioni morbose di origine perinatale) e per i 51 sottogruppi proposti dall'Eurostat [7] ed utilizzati anche dall'Istat nella pubblicazione "La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia" [8]. Per dare un'indicazione sulla stabilità dei coefficienti di raccordo viene fornita nelle tabelle I e II anche la numerosità dei decessi ottenuta con i due sistemi di codifica [9].

7. Causes of death, "European shortlist"- final list_August 1998.
8. Istat s.d.
9. Per coloro che fossero interessati ad un'analisi più dettagliata sul bridge coding è disponibile su supporto magneti-co la distribuzione di frequenza delle cause di morte ottenuta con i due diversi sistemi di codifica con dettaglio alla III cifra. Per maggiori informazioni contattare: Servizio Sanità e Mortalità per Causa, Istat, Viale Liegi 13, Roma. Indirizzo e-mail: bruzzone @istat.it oppure frova@istat.it.

home

Sebbene la concordanza sia complessivamente elevata si riscontrano differenze, tal-volta consistenti, nell'ambito dei diversi gruppi considerati (cfr. tavole 7.13.1. e 7.13.2.). Per il complesso dei tumori e delle malattie del sistema circolatorio, che insieme costituiscono circa il 70% della mortalità totale, il coefficiente di raccordo è prossimo all'unità, indicando una sostanziale omogeneità tra i due sistemi di codifica a livello di grandi gruppi. Per i tumori, tuttavia, esistono alcune differenze non trascurabili nell'analisi della sede di insorgenza. La maggiore discordanza si riscontra per i tumori maligni delle gengive e per i tumori di comportamento incerto e di natura non specificata.

Per quanto riguarda le altre cause di morte si osserva una maggiore discordanza nei seguenti gruppi: malattie infettive, malattie del sangue, disturbi psichici, sintomi segni e stati morbosi mal definiti. Queste cause costituiscono nel loro insieme poco più del 3% dei casi analizzati. Sembra opportuno sottolineare inoltre la significativa riduzione, con l'introduzione della codifica automatica, del numero dei decessi dovuti a sintomi segni e stati morbosi mal definiti (cod. ICD IX: 780-799) a scapito di un aumento dei casi classificati nel gruppo tumori di comportamento incerto e di natura non specificata (cod. ICD IX: 235-239).

Nel caso delle malattie infettive è infine importante evidenziare come il passaggio da codifica manuale ad automatica abbia determinato uno spostamento di una quota della mortalità per cirrosi epatica (cod. ICD IX: 571) verso l'epatite virale (cod. ICD IX: 070): calcolando il coefficiente di raccordo per questo gruppo di cause, dopo avere isolato il codice in questione (cod. ICD IX: 070 Epatite virale) si può notare un avvicinamento dei due metodi di codifica comprovato dall'abbassamento del coefficiente K.

TAVOLA 7.13.1. Decessi per grandi gruppi di cause secondo il diverso sistema di codifica e coefficienti di raccordo K

Cause di morte	Codici ICD9	Decessi secondo codifica Manuale	Automatica (a)	K (b)
Malattie infettive e parassitarie (c)	001-139	1.230	1.644	1,337
Tumori	140-239	90.554	88.850	0,981
Malattie ghiandole endocrine, metabolismo e disturbi immunitari (d)	240-279	11.233	11.581	1,031
AIDS	279.1	2.724	2.724	1,000
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	280-289	1.126	1.296	1,151
Disturbi psichici	290-319	3.862	4.368	1,131
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	320-389	6.280	6.770	1,078
Malattie del sistema circolatorio	390-459	143.481	143.640	1,001
di cui Malattie ischemiche del cuore	410-414	44.874	44.474	0,991
Malattie cerebrovascolari	430-438	42.015	41.250	0,982
Malattie dell'apparato respiratorio	460-519	19.794	20.722	1,047
Malattie dell'apparato digerente	520-579	16.676	15.698	0,941
Malattie dell'apparato genitourinario	580-629	4.045	4.190	1,036
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	680-709	369	394	1,068
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	710-739	1.030	1.059	1,028
Malformazioni congenite	740-759	483	506	1,048
Sintomi segni e stati morbosi mal definiti	780-799	4.924	4.369	0,887
Traumatismi ed avvelenamenti	800-999	16.216	16.216	1,000
Totale cause	**001-999**	**324.027**	**324.027**	**1,000**

(a) In questo caso si utilizza il termine "codifica automatica" sebbene il 23% dei casi sia codificato manualmente (AIDS, Cause violente e record scartati dalla procedure MICAR-ACME).
(b) Il coefficiente K è stato calcolato nel seguente modo: Ki = idN/idM dove i = causa di decesso, idN = numero di de-cessi codificati con il nuovo sistema di codifica nel gruppo i-esimo, idM = numero di decessi codificati manualmente nel gruppo i-esimo (sistema utilizzato fino ai dati relativi al 1994).
(c) Escludendo nella codifica automatica il codice ICD9 070 (Epatite virale), il coefficiente di raccordo K risulta pari a 1,138.
(d) Non contiene il codice ICD9 279.1.

home

TAVOLA 7.13.2. Decessi per sottogruppi di cause secondo il diverso sistema di codifica e coefficienti di raccordo K

Cause di morte	Codici ICD9	Decessi secondo codifica Manuale	Decessi secondo codifica Automatica (a)	K (b)
Tubercolosi	010-018.137	432	459	1,063
Infezione meningococcica	36	8	8	1,000
Epatite virale	70	62	375	6,048
Tumori maligni	140-208	88.250	85.411	0,968
Tumori maligni delle labbra. della cavità orale e della faringe	140-149	1.768	1.724	0,975
Tumori maligni delle gengive	143	14	24	1,714
Tumori maligni del pavimento della bocca	144	70	70	1,000
Tumori maligni di altre e non specificate parti della bocca	145	361	358	0,992
Tumori maligni dell'esofago	150	1.257	1.222	0,972
Tumori maligni dello stomaco	151	7.531	7.248	0,962
Tumori maligni del colon	153	6.400	6.236	0,974
Tumori maligni del retto. della giunzione rettosigmoidea e dell'ano	154	2.765	2.732	0,988
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	155	5.911	5.651	0,956
Tumori maligni del pancreas	157	4.020	3.935	0,979
Tumori maligni della laringe. della trachea. dei bronchi e dei polmoni	161-162	19.348	19.037	0,984
Melanoma maligno della pelle	172	802	780	0,973
Tumori maligni della mammella	174-175	6.605	6.534	0,989
Tumori maligni del collo dell'utero	180	274	260	0,949
Tumori maligni in altre parti dell'utero	179.182	1.533	1.423	0,928
Tumori maligni dell'ovaio e degli altri annessi uterini	183	1.672	1.539	0,920
Tumori maligni della prostata	185	4.138	3.810	0,921
Tumori maligni del testicolo	186	52	50	0,962
Tumori maligni della vescica	188	3.272	2.940	0,899
Tumori maligni del rene e di altri e non specificati organi urinari	189	1.849	1.734	0,938
Tumori maligni dell'encefalo	191	1.770	1.565	0,884
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	200-208	7.128	6.848	0,961
Malattia di Hodgkin	201	286	283	0,990
Leucemie	204-208	3.065	2.945	0,961
Tumori di comportamento incerto e di natura non specificata	235-239	1.909	3.050	1,598
Diabete mellito	250	10.251	10.118	0,987
Abuso di alcool (incluse le psicosi alcoliche)	291.303	196	178	0,908
Farmacodipendenza. Abuso di droghe senza dipendenza	304-305	515	543	1,054
Meningiti	320-322	88	70	0,795
Malattie ischemiche del cuore	410-414	44.874	44.474	0,991
Altre malattie del cuore	420-423. 425-429	32.248	33.796	1,048
Disturbi circolatori dell'encefalo	430-438	42.015	41.250	0,982
Polmonite	480-486	3.712	4.219	1,137
Influenza	487	392	541	1,380
Malattie polmonari croniche ostruttive	490-494.496	2.102	2.869	1,365
Asma	493	715	993	1,389
Ulcera gastrica. duodenale e gastrodigiunale	531-534	1.504	1.263	0,840
Ernie addominali	550-553	334	407	1,219
Cirrosi ed altre malattie croniche del fegato	571	8.521	7.821	0,918
Litiasi biliare	574	378	455	1,204
Malattie del pancreas	577	566	577	1,019
Malattie del rene e dell'uretere	580-594	3.638	3.762	1,034
Insufficienza renale cronica ed insufficienza renale non specificata	585-586	2.865	2.150	0,750
Iperplasia alla prostata	600	190	193	1,016
Artrite reumatoide ed osteoartrosi	714-715	380	437	1,150
Malformazioni congenite del sistema nervoso	740-742	123	85	0,691
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	745-747	194	212	1,093

(a), (b): cfr. note (a) e (b) alla tavola 7.13.1.

Appendice

APPENDICE – Percorso di calcolo della classifica sullo stato di salute in Italia

home

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	Avellino / 1 [Ariano Irpino; Mirabella Eclano; Grottaminarda]	CAM	586	4.632	5.218	9.966	10.079	18.139.355	18.215.420	55,3
2	Alto Molise [Agnone; Carovilli; Capracotta]	MOL	66	579	645	952	844	1.364.897	1.503.165	56,2
3	Bari / 5 [Monopoli; Putignano; Gioia del Colle]	PUG	735	4.969	5.704	13.893	14.635	26.558.866	25.477.741	57,4
4	Prato [Prato; Montemurlo; Carmignano]	TOS	816	5.288	6.104	14.080	13.673	22.700.211	23.540.790	58,1
5	Empoli [Empoli; S. Miniato; Fucecchio]	TOS	799	6.049	6.848	13.489	12.840	20.609.403	22.029.550	58,3
6	Lanciano / Vasto [Lanciano; Vasto; S. Salvo]	ABR	764	5.988	6.752	13.200	13.042	21.710.283	22.283.190	58,5
7	Macerata [Macerata; Tolentino; Corridonia]	MAR	456	3.898	4.354	8.246	7.897	12.453.717	13.412.089	58,9
8	Firenze [Firenze; Scandicci; Sesto Fiorentino]	TOS	3.085	24.417	27.502	52.377	48.645	75.159.585	82.599.836	58,9
9	S. Benedetto d/T [S. Benedetto d/T; Grottammare; Monteprandone]	MAR	346	2.289	2.635	6.203	6.082	9.911.065	10.264.199	59,3
10	Chieti [Chieti; Francavilla al Mare; Ortona]	ABR	630	4.353	4.983	10.949	11.058	18.412.841	18.573.000	59,5
11	Genovese [Genova; Arenzano; Recco]	LIG	3.387	28.230	31.617	54.472	48.025	71.150.446	80.565.917	59,6
12	Cosenza [Cosenza; Rende; Acri]	CAL	974	6.022	6.996	17.971	19.060	33.259.055	31.873.292	59,8
13	Terni [Terni; Narni; Amelia]	UMB	736	5.341	6.077	12.150	11.318	17.058.802	18.620.137	60,8
14	Avezzano / Sulmona [Avezzano; Sulmona; Celano]	ABR	737	5.468	6.205	12.819	12.889	20.696.294	21.153.197	60,9
15	Ancona [Ancona; Osimo; Falconara Marittima]	MAR	823	6.203	7.026	15.428	14.995	23.124.343	24.491.173	61,2
16	Siena [Siena; Poggibonsi; Colle di Val d'Elsa]	TOS	1.026	8.792	9.818	17.231	15.706	22.543.893	25.558.277	61,5
17	Jesi [Jesi; Cingoli; Filottrano]	MAR	408	2.929	3.337	6.816	6.427	9.759.829	10.446.902	61,5
18	Fermo [Fermo; Porto Sant'Elpidio; Porto S. Giorgio]	MAR	581	4.074	4.655	10.293	9.874	15.115.845	15.935.049	62,0
19	Castrovillari [Castrovillari; Roggiano Gravina; S. Marco Argentano]	CAL	410	2.616	3.026	7.126	7.526	12.560.362	12.121.783	62,1
20	Rossano [Corigliano Calabro; Rossano; Cassano allo Ionio]	CAL	614	3.475	4.089	11.302	12.387	21.219.321	19.692.508	62,9
21	Vibo Valentia [Vibo Valentia; Pizzo; Mileto]	CAL	565	4.089	4.654	11.190	12.037	20.338.666	19.126.787	62,9
22	Arezzo [Arezzo; Cortona; Montevarchi]	TOS	1.252	9.717	10.969	21.964	20.778	30.354.352	32.912.654	63,1
23	Fano [Fano; Mondolfo; Fossombrone]	MAR	480	3.363	3.843	8.459	8.201	12.335.676	12.943.056	63,4
24	Catanzaro [Catanzaro; Soverato; Chiaravalle Centrale]	CAL	893	5.298	6.191	15.966	17.266	28.504.492	27.103.811	63,7
25	Chiavarese [Rapallo; Chiavari; Sestri Levante]	LIG	682	5.695	6.377	10.766	9.510	13.067.035	14.883.418	63,9
26	Messina [Messina; Barcellona Pozzo di Gotto; Milazzo]	SIC	2.598	17.647	20.245	44.455	46.082	73.387.872	72.036.770	64,0
27	Civitanova Marche [Civitanova Marche; Recanati; Potenza Picena]	MAR	396	2.605	3.001	7.386	7.243	10.923.707	11.308.253	64,0
28	Avellino / 2 [Avellino; Atripalda; Solofra]	CAM	1.009	5.893	6.902	17.102	18.331	29.998.265	28.570.290	64,2
29	Salerno / 2 [Salerno; Cava de' Tirreni; Battipaglia]	CAM	2.075	10.848	12.923	36.016	38.136	62.298.901	59.226.237	64,4
30	Lecce / 2 [Gallipoli; Casarano; Tricase]	PUG	1.275	7.171	8.446	23.034	23.703	38.273.914	36.809.423	64,4
31	Trapani [Marsala; Trapani; Mazara del Vallo]	SIC	1.590	10.583	12.173	28.421	29.910	47.815.418	46.221.385	64,7
32	Spezzino [La Spezia; Sarzana; Lerici]	LIG	963	7.497	8.460	15.874	14.667	20.175.981	22.655.957	64,7
33	Teramo [Teramo; Giulianova; Roseto degli Abruzzi]	ABR	1.024	7.099	8.123	19.467	19.646	30.386.001	30.324.731	64,8
34	Foggia / 2 [Manfredonia; Cerignola; Orta Nova]	PUG	676	3.729	4.405	13.542	15.098	25.695.604	23.255.669	64,9
35	Salerno / 3 [Capaccio; Agropoli; Sala Consilina]	CAM	1.042	6.989	8.031	18.541	18.852	29.422.820	28.929.105	65,2
36	Rieti [Rieti; Fara in Sabina; Cittaducale]	LAZ	606	4.397	5.003	10.503	10.183	14.682.895	15.599.225	65,3
37	Bari / 3 [Altamura; Gravina in Puglia; Santeramo in Colle]	PUG	642	3.809	4.451	13.791	15.006	25.288.780	22.982.905	65,3
38	Pesaro [Pesaro; Novafeltria; Sant'Angelo in Lizzola]	MAR	513	3.349	3.862	9.498	9.290	13.587.449	14.212.265	65,4
39	Camerino [S. Severino Marche; Matelica; Camerino]	MAR	188	1.755	1.943	3.367	3.191	4.351.824	4.874.114	65,5
40	Livorno [Livorno; Piombino; Rosignano Marittimo]	TOS	1.392	10.684	12.076	24.799	23.529	32.946.360	35.933.418	65,5
41	Bari / 2 [Barletta; Molfetta; Trani]	PUG	934	5.133	6.067	18.379	19.896	32.534.511	30.331.544	65,6
42	Lamezia Terme [Lamezia Terme; Curinga; Nocera Tirinese]	CAL	437	2.764	3.201	8.502	9.234	15.029.322	14.077.131	65,6
43	L'Aquila [L'Aquila; Tornimparte; Montereale]	ABR	378	2.893	3.271	6.973	6.998	10.277.415	10.646.777	65,7
44	Lecce / 1 [Lecce; Nardò; Galatina]	PUG	1.776	9.579	11.355	32.619	33.595	52.842.982	51.076.220	65,8
45	Bari / 4 [Bari; Bitonto; Modugno]	PUG	2.041	10.952	12.993	39.393	42.306	68.085.650	64.172.957	65,9
46	Pescara [Pescara; Montesilvano; Spoltore]	ABR	1.135	7.381	8.516	20.485	20.438	30.705.261	30.998.419	65,9
47	Pisa [Pisa; Cascina; S. Giuliano Terme]	TOS	1.375	9.700	11.075	23.073	21.727	30.518.906	32.945.630	65,9
48	Perugia [Perugia; Assisi; Bastia]	UMB	1.364	8.744	10.108	23.831	22.826	32.355.930	34.406.016	66,3
49	Paola [Paola; Amantea; Cetraro]	CAL	527	3.167	3.694	9.677	10.158	15.874.777	15.306.700	66,4
50	Agrigento [Agrigento; Licata; Sciacca]	SIC	1.766	10.645	12.411	31.305	33.437	52.920.335	50.156.629	66,7
51	Roma / H [Velletri; Pomezia; Anzio]	LAZ	1.623	7.790	9.413	30.923	32.309	50.206.692	48.430.779	66,7
52	Pistoia [Pistoia; Quarrata; Montecatini-Terme]	TOS	1.137	7.884	9.021	19.601	18.447	25.656.695	27.569.691	66,9
53	Benevento [Benevento; Montesarchio; Sant'Agata de' Goti]	CAM	1.173	7.467	8.640	20.592	20.907	31.486.848	31.163.211	67,1
54	Frosinone [Frosinone; Cassino; Sora]	LAZ	1.919	11.638	13.557	34.133	34.981	52.567.055	52.070.398	67,2
55	Matera [Matera; Bernalda; Montescaglioso]	BAS	447	2.485	2.932	8.491	8.905	13.876.262	13.245.415	67,2
56	Potenza [Potenza; Avigliano; Sant'Arcangelo]	BAS	848	5.175	6.023	15.191	15.857	24.227.735	23.583.230	67,2
57	Chieri [Moncalieri; Nichelino; Chieri]	PIE	1.076	5.850	6.926	20.877	20.610	30.141.793	30.501.824	67,6
58	Venosa [Melfi; Lavello; Rionero in Vulture]	BAS	347	2.425	2.772	6.696	7.121	10.840.691	10.492.657	67,9
59	Reggio Calabria [Reggio d/C.; Villa S. Giovanni; Bagnara Calabra]	CAL	1.017	6.581	7.598	18.922	19.831	30.199.196	29.203.009	67,9
60	Orvieto [Orvieto; Castel Viscardo; Fabro]	UMB	205	1.451	1.656	3.280	2.965	3.818.186	4.295.263	69,0
61	Bologna [Bologna]	EMR	1.784	13.620	15.404	30.233	27.111	33.070.410	39.271.287	69,0
62	Brindisi [Brindisi; Fasano; Francavilla Fontana]	PUG	1.529	8.175	9.704	29.022	30.872	47.005.776	44.636.593	69,2
63	Latina [Latina; Aprilia; Terracina]	LAZ	1.866	9.489	11.355	35.863	37.485	56.421.821	54.157.908	69,2
64	Desio [Seregno; Desio; Cesano Maderno]	LOM	1.084	4.928	6.012	19.017	19.054	27.471.998	27.466.734	69,4
65	Adria [Adria; Porto Viro; Porto Tolle]	VEN	317	1.663	1.980	5.488	5.360	7.363.092	7.721.315	69,4
66	Bari / 1 [Andria; Corato; Canosa di Puglia]	PUG	841	5.005	5.846	16.185	17.887	27.839.677	25.724.397	69,5
67	Pentria [Isernia; Venafro; Frosolone]	MOL	297	2.030	2.327	5.467	5.620	8.076.803	8.072.420	69,6
68	Cagliari [Cagliari; Quartu Sant'Elena; Selargius]	SAR	1.637	7.310	8.947	34.085	36.057	54.688.253	51.765.296	69,7
69	Viterbo [Viterbo; Civita Castellana; Tarquinia]	LAZ	1.244	8.149	9.393	22.118	21.327	28.942.209	30.555.246	69,8
70	Rimini [Rimini; Riccione; Santarcangelo di Romagna]	EMR	1.081	6.200	7.281	20.127	19.606	27.062.971	28.087.127	69,8
71	Foligno [Foligno; Spoleto; Gualdo Tadino]	UMB	675	5.073	5.748	12.392	12.040	15.916.711	17.229.970	69,9
72	Busto Arsizio [Busto Arsizio; Tradate; Castellanza]	LOM	828	4.596	5.424	15.248	14.825	20.679.943	21.196.702	69,9
73	Ragusa [Ragusa; Vittoria; Modica]	SIC	1.134	6.898	8.032	21.072	22.339	33.188.662	31.917.007	70,0

segue APPENDICE - Percorso di calcolo della classifica sullo 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
74	Roma / G [Guidonia Montecelio; Tivoli; Mentana]	LAZ	1.591	8.077	9.668	29.548	30.295	44.055.208	43.168.602	70,2
75	Saronno [Saronno; Solaro; Caronno Pertusella]	LOM	634	3.392	4.026	11.684	11.713	16.490.282	16.674.098	70,2
76	Grosseto [Grosseto; Follonica; Orbetello]	TOS	992	6.988	7.980	17.042	15.869	20.245.996	22.473.535	70,6
77	Roma (AM) [Roma; Fiumicino]	LAZ	11.982	62.351	74.333	212.598	203.830	276.783.104	288.384.041	70,7
78	Monza [Monza; Lissone; Brugherio]	LOM	1.273	6.069	7.342	22.953	22.246	30.461.163	31.337.725	71,0
79	Venezia - Mestre [Venezia; Marcon; Quarto d'Altino]	VEN	1.566	9.056	10.622	26.171	23.605	29.912.474	33.242.580	71,0
80	Roma / F [Civitavecchia; Cerveteri; Ladispoli]	LAZ	892	4.524	5.416	17.625	18.056	25.922.596	25.414.940	71,0
81	Forlì [Forlì; Forlimpopoli; Meldola]	EMR	739	4.971	5.710	13.166	12.484	16.051.725	17.548.377	71,1
82	Savonese [Savona; Albenga; Varazze]	LIG	1.355	10.130	11.485	22.845	20.507	25.379.925	28.825.808	71,1
83	Lucca [Lucca; Capannori; Altopascio]	TOS	972	7.136	8.108	16.951	15.936	20.593.410	22.323.631	71,4
84	Siracusa [Siracusa; Augusta; Avola]	SIC	1.568	8.890	10.458	28.870	31.381	46.376.102	43.883.143	71,5
85	Napoli / 2 [Giugliano in Campania; Pozzuoli; Marano di Napoli]	CAM	1.558	6.678	8.236	29.051	37.835	60.863.394	52.906.534	71,5
86	Torino (AM) [Torino]	PIE	4.419	23.954	28.373	76.590	69.795	89.338.541	97.470.651	71,6
87	Foggia / 1 [S. Severo; S. Giovanni Rotondo; Sannicandro Garganico]	PUG	813	4.818	5.631	15.478	16.885	25.298.676	23.561.365	71,7
88	Napoli / 5 [Torre del Greco; Castellammare di Stabia; Portici]	CAM	2.552	12.252	14.804	44.984	51.700	78.687.457	71.918.625	71,9
89	Cernusco [Segrate; Pioltello; Cernusco sul Naviglio]	LOM	1.091	4.541	5.632	19.462	19.804	27.713.813	27.514.334	72,0
90	Palermo [Palermo; Bagheria; Monreale]	SIC	4.838	28.198	33.036	87.959	96.934	144.013.024	134.492.170	72,1
91	Gallarate [Gallarate; Cassano Magnago; Somma Lombardo]	LOM	938	5.029	5.967	17.192	16.759	22.693.561	23.249.750	72,1
92	Crotone [Crotone; S. Giovanni in Fiore; Cirò Marina]	CAL	718	3.793	4.511	13.836	15.604	23.888.932	21.629.921	72,1
93	Città di Castello [Città di Castello; Gubbio; Umbertide]	UMB	473	3.189	3.662	8.635	8.346	10.907.112	11.545.633	72,3
94	Verona [Verona; S. Bonifacio; S. Martino Buon Albergo]	VEN	1.740	10.154	11.894	32.158	31.304	41.378.654	43.281.568	72,3
95	Cesena [Cesena; Cesenatico; Savignano sul Rubicone]	EMR	754	4.361	5.115	14.144	13.744	18.179.208	18.985.641	72,4
96	Lagonegro [Lauria; Senise; Lagonegro]	BAS	332	2.106	2.438	6.153	6.255	8.656.528	8.641.185	72,4
97	Cinisello [Sesto S. Giovanni; Cinisello Balsamo; Cologno Monzese]	LOM	1.237	5.284	6.521	22.406	21.736	29.190.088	29.914.669	72,7
98	Melegnano [S. Donato Mil.; S. Giuliano Mil.; Peschiera Borromeo]	LOM	621	2.516	3.137	11.179	11.422	15.864.053	15.717.957	72,7
99	Basso Molise [Termoli; Larino; Montenero di Bisaccia]	MOL	453	2.783	3.236	8.012	8.063	11.038.963	11.091.667	72,7
100	Garbagnate [Bollate; Paderno Dugnano; Limbiate]	LOM	860	3.485	4.345	15.501	15.857	22.048.430	21.801.923	72,7
101	Varese [Varese; Malnate; Luino]	LOM	1.427	8.244	9.671	25.373	24.820	33.036.931	34.069.584	72,9
102	Bassano del Grappa [Bassano d/G; Romano d'Ezzelino; Marostica]	VEN	654	3.555	4.209	12.127	12.515	17.316.280	17.137.018	73,0
103	Taranto [Taranto; Martina Franca; Grottaglie]	PUG	2.278	10.943	13.221	43.936	47.044	68.396.462	64.378.329	73,1
104	Ascoli Piceno [Ascoli Piceno; Folignano; Castel di Lama]	MAR	504	3.237	3.741	9.192	9.044	11.892.425	12.344.592	73,3
105	Rho [Rho; Lainate; Cornaredo]	LOM	662	2.735	3.397	12.493	12.722	17.514.246	17.364.450	73,3
106	Imperiese [S. Remo; Imperia; Ventimiglia]	LIG	1.111	7.508	8.619	18.171	16.313	19.936.537	22.209.293	73,4
107	Vicenza [Vicenza; Dueville; Torri di Quartesolo]	VEN	1.161	5.961	7.122	21.899	21.925	29.508.080	29.849.212	73,5
108	Versilia [Viareggio; Camaiore; Pietrasanta]	TOS	769	4.805	5.574	12.913	12.211	15.592.609	16.609.759	73,5
109	Vimercate [Vimercate; Arcore; Concorezzo]	LOM	794	3.369	4.163	14.016	14.151	19.053.259	19.215.109	73,6
110	Foggia / 3 [Foggia; Lucera; Troia]	PUG	1.084	5.897	6.981	19.986	20.769	29.294.752	28.196.061	73,7
111	Centro Molise [Campobasso; Bojano; Riccia]	MOL	555	3.686	4.241	10.259	10.355	13.922.683	14.020.143	73,9
112	Bussolengo [Villafranca di Verona; Bussolengo; Negrar]	VEN	946	5.140	6.086	18.159	18.321	24.809.551	24.789.649	73,9
113	Milano (AM) [Milano; Rozzano; Corsico]	LOM	7.479	40.607	48.086	130.388	119.178	146.669.354	161.170.280	73,9
114	Lecco [Lecco; Calolziocorte; Valmadrera]	LOM	934	4.711	5.645	16.226	15.833	20.917.770	21.409.290	74,0
115	Collegno [Rivoli; Collegno; Grugliasco]	PIE	1.492	7.301	8.793	27.808	27.442	36.512.370	37.066.437	74,0
116	Montalbano Jonico [Pisticci; Policoro; Montalbano Jonico]	BAS	334	1.910	2.244	6.401	6.752	9.534.149	9.118.934	74,0
117	Enna [Enna; Piazza Armerina; Nicosia]	SIC	787	4.988	5.775	14.118	14.945	20.888.487	20.138.531	74,2
118	Massa Carrara [Massa; Carrara; Aulla]	TOS	963	6.469	7.432	16.500	15.546	19.436.342	20.871.101	74,5
119	Fabriano [Fabriano; Sassoferrato; Cerreto d'Esi]	MAR	183	1.434	1.617	3.479	3.365	4.102.159	4.508.584	74,6
120	Modena [Modena; Carpi; Sassuolo]	EMR	2.804	16.653	19.457	49.719	47.783	59.735.214	64.001.841	74,7
121	Cantù [Cantù; Mariano Comense; Erba]	LOM	793	3.801	4.594	14.084	14.171	18.957.621	18.970.698	74,7
122	Mirano [Mira; Mirano; Spinea]	VEN	1.018	4.513	5.531	18.485	18.928	25.395.974	25.322.342	74,7
123	Padova [Padova; Selvazzano Dentro; Albignasego]	VEN	1.727	8.839	10.566	31.375	30.388	38.793.821	40.612.707	74,8
124	Caltanissetta [Gela; Caltanissetta; Niscemi]	SIC	1.173	6.645	7.818	21.323	22.892	32.339.686	30.488.673	75,1
125	Arzignano [Valdagno; Arzignano; Montecchio Maggiore]	VEN	683	3.413	4.096	12.646	12.779	16.988.193	17.011.866	75,1
126	Legnano [Legnano; Parabiago; Nerviano]	LOM	1.088	5.233	6.321	19.430	18.768	24.351.140	24.957.496	75,2
127	Como [Como; Olgiate Comasco; Lurate Caccivio]	LOM	1.323	7.628	8.951	24.772	24.035	30.873.898	31.914.420	75,3
128	Merate [Merate; Casatenovo; Missaglia]	LOM	427	2.287	2.714	8.234	8.265	10.904.977	10.969.076	75,4
129	Senigallia [Senigallia; Ostra; Arcevia]	MAR	324	2.171	2.495	5.981	5.788	7.134.828	7.667.620	75,5
130	Pieve di Soligo [Conegliano; Vittorio Veneto; Susegana]	VEN	845	4.941	5.786	16.015	15.653	19.792.877	20.612.333	75,9
131	Lanusei [Tortolì; Lanusei; Bari Sardo]	SAR	224	1.344	1.568	4.731	4.885	6.667.458	6.405.394	76,3
132	Ovest Merano [Merano; Lana; Silandro]	BZ	462	2.439	2.901	9.006	9.687	13.256.867	12.701.132	76,3
133	Reggio nell'Emilia [Reggio nell'Emilia; Scandiano; Correggio]	EMR	1.915	12.386	14.301	35.356	34.204	41.635.277	44.786.633	76,4
134	Catania [Catania; Acireale; Paternò]	SIC	4.411	22.648	27.059	82.736	90.337	126.396.972	117.963.718	76,6
135	Imola [Imola; Castel S. Pietro Terme; Dozza]	EMR	437	2.905	3.342	8.480	8.155	9.776.157	10.637.034	76,7
136	Bologna sud [Casalecchio d/R; S. Lazzaro di Savena; Zola Predosa]	EMR	1.064	6.411	7.475	20.007	18.786	22.479.403	24.452.724	76,8
137	Urbino [Urbino; Cagli; Fermignano]	MAR	339	2.399	2.738	6.428	6.355	7.732.989	8.227.895	77,2
138	Ravenna [Ravenna; Faenza; Lugo]	EMR	1.580	10.625	12.205	29.529	27.749	32.435.216	35.888.279	77,3
139	Parma [Parma; Fidenza; Salsomaggiore Terme]	EMR	1.861	13.008	14.869	33.087	31.106	36.045.947	40.064.002	77,6
140	Oristano [Oristano; Terralba; Cabras]	SAR	640	3.743	4.383	12.961	13.075	16.848.406	16.749.625	78,1
141	Centro-sud Bolzano [Bolzano; Laives; Appiano sulla strada del vino]	BZ	828	4.183	5.011	16.773	16.916	21.495.620	21.594.830	78,3
142	Alba [Alba; Bra; Cherasco]	PIE	681	4.924	5.605	13.170	12.739	15.176.083	16.183.301	78,7
143	Olbia [Olbia; Tempio Pausania; La Maddalena]	SAR	476	2.096	2.572	9.793	10.179	13.429.402	12.919.937	78,8
144	Salerno / 1 [Nocera Inferiore; Scafati; Pagani]	CAM	1.132	4.783	5.915	20.028	22.990	31.969.763	28.994.065	79,3
145	Thiene [Schio; Thiene; Malo]	VEN	786	3.859	4.645	14.130	14.145	17.445.840	17.833.888	79,3
146	Asolo [Castelfranco Veneto; Montebelluna; Vedelago]	VEN	850	4.831	5.681	17.421	17.996	22.879.538	22.607.682	79,6

segue APPENDICE - Percorso di calcolo della classifica sullo 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
147	Magenta [Abbiategrasso; Magenta; Bareggio]	LOM	846	3.932	4.778	14.635	14.375	17.767.546	18.050.496	79,6
148	Locri [Siderno; Locri; Bovalino]	CAL	577	3.619	4.196	11.077	11.794	15.352.285	14.743.962	80,0
149	Mantova [Mantova; Castiglione delle Stiviere; Porto Mantovano]	LOM	915	5.313	6.228	16.931	16.179	18.733.481	20.197.380	80,1
150	Treviso [Treviso; Mogliano Veneto; Paese]	VEN	1.521	7.657	9.178	29.981	29.914	36.552.879	37.286.842	80,2
151	Cirié [Venaria Reale; Ciriè; Alpignano]	PIE	908	4.517	5.425	16.698	16.254	19.783.675	20.259.792	80,2
152	Palmi [Palmi; Gioia Tauro; Taurianova]	CAL	624	3.456	4.080	12.768	14.046	18.833.679	17.443.931	80,5
153	Chivasso [Settimo Torinese; Chivasso; S. Mauro Torinese]	PIE	899	4.404	5.303	16.901	16.437	19.901.688	20.356.784	80,7
154	Cittadella [Vigonza; Cittadella; S. Martino di Lupari]	VEN	856	4.133	4.989	17.695	18.358	23.221.986	22.660.241	81,0
155	Bergamo [Bergamo; Dalmine; Seriate]	LOM	1.793	8.074	9.867	34.323	34.501	42.448.280	42.535.973	81,1
156	Casale Monferrato [Casale Monferrato; Valenza; Trino]	PIE	609	4.927	5.536	10.716	9.704	10.527.913	11.951.460	81,2
157	Caserta / 1 [Caserta; Maddaloni; Marcianise]	CAM	1.732	7.960	9.692	31.683	34.659	45.890.190	42.663.155	81,2
158	Napoli / 4 [Casalnuovo di Napoli; Acerra; Pomigliano d'Arco]	CAM	2.053	8.449	10.502	38.251	47.541	66.715.121	58.466.076	81,3
159	Sassari [Sassari; Alghero; Porto Torres]	SAR	1.481	7.467	8.948	28.981	29.638	37.375.670	36.441.492	81,3
160	Carbonia [Carbonia; Iglesias; Sant'Antioco]	SAR	577	3.039	3.616	12.497	12.956	16.521.461	15.896.551	81,5
161	Viadana [Viadana; Casalmaggiore; Castel Goffredo]	LOM	553	3.835	4.388	10.460	10.158	11.441.769	12.434.426	81,7
162	Novi Ligure [Novi Ligure; Acqui Terme; Ovada]	PIE	774	5.922	6.696	13.086	11.812	12.295.982	14.323.904	82,5
163	Bassa friulana [Cervignano del Friuli; Latisana; S. Giorgio di Nogaro]	FVG	519	2.820	3.339	9.689	9.150	10.470.703	11.057.872	82,7
164	Brescia [Brescia; Montichiari; Gussago]	LOM	1.915	8.556	10.471	36.030	35.030	40.856.297	42.237.494	82,9
165	Trento [Trento; Rovereto; Pergine Valsugana]	TN	2.078	11.467	13.545	40.112	40.699	48.233.541	48.972.498	83,1
166	Rovigo [Rovigo; Lendinara; Badia Polesine]	VEN	867	4.966	5.833	15.859	15.265	17.131.064	18.319.212	83,3
167	Triestina [Trieste; Muggia; Duino-Aurisina]	FVG	1.376	10.308	11.684	23.811	21.492	22.012.790	25.683.289	83,7
168	Pavia [Pavia; Casorate Primo; Belgioioso]	LOM	1.107	5.510	6.617	18.153	16.465	17.974.353	19.533.376	84,3
169	Piacenza [Piacenza; Fiorenzuola d'Arda; Castel S. Giovanni]	EMR	1.461	9.088	10.549	25.144	23.007	24.307.156	27.232.898	84,5
170	Sanluri [Villacidro; Guspini; S. Gavino Monreale]	SAR	630	3.134	3.764	13.143	13.443	16.470.691	15.872.973	84,7
171	Legnago [Legnago; S. Giovanni Lupatoto; Cerea]	VEN	782	4.365	5.147	14.751	14.529	16.681.025	17.135.478	84,8
172	Asti [Asti; Canelli; Nizza Monferrato]	PIE	1.003	7.405	8.408	18.172	17.140	18.097.810	20.200.751	84,8
173	Ferrara [Ferrara; Cento; Comacchio]	EMR	1.919	11.471	13.390	33.757	31.279	32.571.855	36.774.416	85,1
174	Alessandria [Alessandria; Tortona; Castelnuovo Scrivia]	PIE	982	7.252	8.234	17.506	16.144	16.650.595	18.948.575	85,2
175	Ostiglia [Suzzara; Gonzaga; S. Benedetto Po]	LOM	471	3.159	3.630	8.605	8.128	8.492.322	9.539.532	85,2
176	Pinerolo [Pinerolo; Luserna S. Giovanni; Cumiana]	PIE	676	4.117	4.793	12.183	11.380	12.264.797	13.327.457	85,4
177	Friuli occidentale [Pordenone; Sacile; Cordenons]	FVG	1.324	7.451	8.775	25.253	24.726	27.780.941	28.886.836	85,6
178	Napoli / 3 [Casoria; Afragola; Arzano]	CAM	1.465	5.287	6.752	27.250	37.380	51.323.053	43.480.092	86,0
179	Ivrea [Ivrea; Rivarolo Canavese; Cuorgnè]	PIE	1.013	5.970	6.983	17.942	16.857	17.921.418	19.511.966	86,4
180	S. Dona' di Piave [S. Dona' di Piave; Portogruaro; Iesolo]	VEN	963	4.166	5.129	18.311	17.943	20.417.030	20.764.045	86,4
181	Leno [Ghedi; Manerbio; Leno]	LOM	742	3.156	3.898	13.446	13.545	15.526.567	15.553.929	87,1
182	Salò [Desenzano del Garda; Lonato; Salò]	LOM	838	4.009	4.847	15.333	14.785	16.197.932	16.954.556	87,2
183	Bologna nord [S. Giovanni in Persiceto; Castel Maggiore; Budrio]	EMR	914	5.291	6.205	17.205	16.747	17.611.400	19.180.051	87,3
184	Isontina [Gorizia; Monfalcone; Ronchi dei Legionari]	FVG	737	4.384	5.121	13.489	12.452	12.788.543	14.253.173	87,4
185	Nuoro [Nuoro; Macomer; Siniscola]	SAR	913	5.042	5.955	19.595	19.959	23.286.974	22.659.227	88,1
186	Medio Friuli [Udine; Codroipo; Tavagnacco]	FVG	1.790	9.992	11.782	32.362	30.846	32.592.018	34.993.920	88,1
187	Est Brunico [Brunico; Valle Aurina; Campo Tures]	BZ	274	1.083	1.357	5.883	6.531	8.091.252	7.395.768	88,3
188	Chioggia [Chioggia; Piove di Sacco; Cavarzere]	VEN	623	2.757	3.380	12.141	12.235	13.876.187	13.834.880	88,4
189	Novara [Novara; Borgomanero; Trecate]	PIE	1.586	8.801	10.387	29.419	28.240	30.292.053	31.902.532	88,5
190	Cremona [Cremona; Soresina; Pizzighettone]	LOM	923	5.286	6.209	15.695	14.173	14.308.203	16.002.012	88,6
191	Voghera [Voghera; Stradella; Broni]	LOM	836	5.950	6.786	14.068	12.576	12.168.988	14.149.879	88,9
192	Albino [Albino; Alzano Lombardo; Nembro]	LOM	798	3.737	4.535	15.502	15.468	17.248.916	17.398.885	88,9
193	Napoli / 1 [Napoli]	CAM	5.295	24.923	30.218	93.288	101.461	120.207.232	113.801.398	89,2
194	Este [Monselice; Este; Montagnana]	VEN	963	4.519	5.482	17.714	17.479	19.064.669	19.553.002	89,4
195	Biella [Biella; Cossato; Vigliano Biellese]	PIE	1.040	6.149	7.189	18.459	16.991	17.183.027	18.939.994	89,7
196	Caserta / 2 [Aversa; Santa Maria Capua Vetere; Sessa Aurunca]	CAM	1.969	7.945	9.914	38.244	44.474	55.598.996	49.574.324	89,7
197	Vigevano [Vigevano; Mortara; Garlasco]	LOM	993	6.025	7.018	17.124	15.523	15.574.987	17.220.452	90,1
198	Chiari [Chiari; Palazzolo sull'Oglio; Rovato]	LOM	856	3.410	4.266	16.317	16.574	18.654.215	18.383.769	90,2
199	Treviglio [Treviglio; Romano di Lombardia; Caravaggio]	LOM	941	3.655	4.596	17.888	18.503	20.833.069	20.469.696	90,4
200	Lodi [Lodi; Codogno; Casalpusterlengo]	LOM	1.149	5.235	6.384	20.134	19.199	20.149.877	21.107.090	91,0
201	Mondovì [Mondovì; Ceva; Villanova Mondovì]	PIE	458	3.364	3.822	8.340	7.949	7.712.432	8.719.195	91,2
202	Nord Bressanone [Bressanone; Vipiteno; Chiusa]	BZ	257	1.089	1.346	5.850	6.298	7.443.458	6.900.105	91,3
203	Crema [Crema; Castelleone; Pandino]	LOM	793	3.321	4.114	14.295	13.944	14.687.460	15.099.828	92,3
204	Ponte S. Pietro [Ponte S. Pietro; Zogno; Calusco d'Adda]	LOM	1.020	3.966	4.986	19.051	19.481	21.359.856	20.953.311	93,0
205	Cuneo [Cuneo; Borgo S. Dalmazzo; Busca]	PIE	775	4.517	5.292	15.181	14.819	15.044.855	15.914.709	93,1
206	Omegna [Verbania; Domodossola; Omegna]	PIE	1.031	5.369	6.400	18.618	17.810	17.671.438	18.815.039	94,7
207	Gardone Val Trompia [Lumezzane; Concesio; Sarezzo]	LOM	587	2.032	2.619	10.651	10.747	11.371.441	11.310.371	95,0
208	Belluno [Belluno; Ponte nelle Alpi; Cortina d'Ampezzo]	VEN	758	3.939	4.697	13.699	13.191	12.774.104	13.664.553	96,5
209	Vercelli [Vercelli; Borgosesia; Santhià]	PIE	1.138	6.277	7.415	19.874	18.358	17.021.848	18.857.214	97,4
210	Aosta [Aosta; Chatillon; Saint-Vincent]	VDA	678	3.183	3.861	12.756	12.249	11.987.158	12.582.297	97,4
211	Sondrio [Sondrio; Morbegno; Tirano]	LOM	927	4.395	5.322	18.159	18.419	18.843.800	18.811.042	97,9
212	Savigliano [Fossano; Savigliano; Saluzzo]	PIE	890	4.776	5.666	17.040	16.720	15.739.328	16.639.081	100,5
213	Feltre [Feltre; Sedico; Santa Giustina]	VEN	510	2.365	2.875	9.048	8.767	7.763.811	8.344.316	105,1
214	Alto Friuli [Gemona del Friuli; Tolmezzo; Tarvisio]	FVG	479	2.485	2.964	9.235	9.169	7.711.554	8.172.244	112,2
215	Breno [Darfo Boario Terme; Pisogne; Breno]	LOM	634	2.282	2.916	11.894	11.892	10.331.367	10.305.115	115,4

(1) Per ciascuna Azienda USL sono riportati i primi tre Comuni in ordine di popolazione.
(*) AM = Area Metropolitana (Torino AM = 4 USL, Milano AM = 6 USL, Roma AM = 5 USL)

Finito di stampare nel mese di ottobre 2000
dalla tipografia Amadeus Industria Poligrafica Europea, Ariccia (Rm)

©Prometeo – Atlante della Sanità Italiana – 2000
Italpromo Esis Publishing S.r.l.
Roma novembre 2000

Via del Commercio 36, 00154 Roma – tel. 06/5729981
E-mail: roma@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: Amadeus Industria Poligrafica Europea, Ariccia (Rm)