

ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA - 1999



UNIVERSITA'
TOR VERGATA

Prometeo[®]



CONSIGLIO NAZIONALE
DELLE RICERCHE

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



 Farmindustria

Il progetto "Prometeo" è stato realizzato con il contributo di:

CATTEDRA DI IGIENE
DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA
UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA

COMITATO DI BIOLOGIA E MEDICINA
CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

ESIS-EDIZIONI STUDI E SERVIZI DI INTERESSE SANITARIO SRL

NEBO SAS

FARMINDUSTRIA

Comitato Promotore

GIUSEPPE CANANZI¹, IVAN CAVICCHI², CESARE FASSARI³, AUGUSTO PANÀ⁴

Il progetto "Prometeo" comprende:

- 1) CLASSIFICA SULLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE; 2) ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA 1999;
- 3) MESS-MODELLO DI INDICATORI DI EPIDEMIOLOGIA DEI SERVIZI SANITARI;
- 4) VERSIONE SU COMPACT DISC DEL PROGETTO PROMETEO

Il Mess e la Classifica sono stati realizzati da:

GIUSEPPE CANANZI, coordinamento generale
NATALIA BUZZI⁵, progettazione e gestione banche dati
ARMANDO MUZZI⁶, coordinamento scientifico
NEBO SAS, servizi di elaborazione dati e realizzazione informatica

L'Atlante e il Cd sono stati realizzati da:

CESARE FASSARI, coordinamento generale
FEDERICO SPANDONARO⁷, coordinamento scientifico
MARIO COI⁸, ANDREA MORETTI⁹ e LORENZO TERRANOVA¹⁰, consulenza scientifica
EMANUELA PIERONI¹¹, ESIS SRL, editing

¹ Coordinatore gruppo di ricerca Nebo e componente dell'Osservatorio sui servizi sanitari della Cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata

² Direttore generale della Farmindustria e docente di sociologia sanitaria all'Università La Sapienza di Roma

³ Direttore generale Esis srl

⁴ Direttore Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁵ Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁶ Coordinatore Master in Epidemiologia dei servizi sanitari dell'Università di Roma Tor Vergata

⁷ Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

⁸ Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

⁹ Direttore Centro studi Farmindustria

¹⁰ Responsabile ufficio economia sanitaria Farmindustria

¹¹ Segreteria di redazione

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

MINISTERO DELLA SANITÀ, DIP. PROGRAMMAZIONE	dati SIS - Sistema Informativo Sanitario
ISTAT	dati elementari mortalità, contesto demografico, occupazione e disoccupazione
MINISTERO DEL TESORO, RGS-Igop	assetti retributivi ed occupazionali del personale Ssn
INAIL	infortuni sui luoghi di lavoro
ISTITUTO TAGLIACARNE	valore aggiunto provinciale
ANCITEL	depositi bancari e consumi elettrici comunali

Hanno partecipato alla discussione degli indicatori ()*

Milena Garoia	ARAN - Ufficio studi - Sezione economica
Maria Grazia Chimenti	ASSR - Agenzia per i servizi sanitari regionali
Carlo Chiaramonte, Flavio Raparelli	INAIL - Direzione consulenza statistico-attuariale
Luisa Frova	ISTAT - Servizio Sanità e mortalità per causa
Carmela Caravano, Aurelio Cristallo, Sergio Germano	Ministero della Sanità - Dipartimento della programmazione - Ufficio VII
Franco Pennazza, Marco Alfò	Ministero della Sanità - Dipartimento della programmazione - Ufficio di statistica
Cosimo Enzo Travaglione, 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

	<i>Pag.</i>
Considerazioni generali	17
1. La classifica sullo stato di salute degli italiani: un'analisi degli anni di vita persi per Usl	27
1.1. PREMESSA	27
1.2. LA MORTALITÀ EVITABILE	28
1.3. LA MORTALITÀ EVITABILE STANDARDIZZATA	29
1.4. GLI ANNI DI VITA PERSI PER MORTALITÀ EVITABILE	30
1.5. AVVERTENZE ALLA LETTURA	30
1.6. L'ETA MEDIA ALLA MORTE PER CAUSE EVITABILI	33
1.7. IL TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ EVITABILE 0-74 ANNI	33
1.8. AI VERTICI DELLA CLASSIFICA	34
1.9. LE SEZIONI CRITICHE DELLA CLASSIFICA	35
1.10. IL LIVELLO DI LETTURA GENERALE	35
1.11. LA CLASSIFICA E IL SETTORE FARMACEUTICO	36
2. I principali indicatori: salute, servizi sanitari, contesto socio-economico	41
2.1. CONTESTO DEMOGRAFICO	41
2.2. CONTESTO ECONOMICO	42
2.3. TASSO DI MORTALITÀ STANDARDIZZATA	43
2.4. MORTALITÀ EVITABILE	44
2.5. MORTALITÀ INFANTILE	45
2.6. INFORTUNI SUL LAVORO	45
2.7. GESTIONE FINANZIARIA DEL SSN: SPESA PRO-CAPITE "EFFETTIVA" E "PESATA"	46
2.8. LE RISORSE DEL SSN: POSTI LETTO	48
2.9. LE RISORSE DEL SSN: IL PERSONALE	50
2.10. LE FUNZIONI DEL SSN: LA MEDICINA DI BASE	51
2.11. ASSISTENZA FARMACEUTICA	51
3. Atlante sanitario delle regioni italiane	67
3.1. PIEMONTE	68
3.1.1. <i>Contesto demografico</i>	68
3.1.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	68
3.1.3. <i>Mortalità evitabile</i>	70
3.1.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	70
3.1.5. <i>Rete ospedaliera</i>	72
3.1.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	72
3.1.7. <i>Medicina di Base</i>	74
3.1.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	74
3.1.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	76

3.2. VALLE D'AOSTA	78
3.2.1. <i>Contesto demografico</i>	78
3.2.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	78
3.2.3. <i>Mortalità evitabile</i>	78
3.2.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	80
3.2.5. <i>Rete ospedaliera</i>	80
3.2.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	80
3.2.7. <i>Medicina di Base</i>	80
3.2.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	82
3.2.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	82
3.3. LOMBARDIA	84
3.3.1. <i>Contesto demografico</i>	84
3.3.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	86
3.3.3. <i>Mortalità evitabile</i>	86
3.3.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	88
3.3.5. <i>Rete ospedaliera</i>	90
3.3.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	92
3.3.7. <i>Medicina di Base</i>	94
3.3.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	96
3.3.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	98
3.4. P.A. DI BOLZANO	100
3.4.1. <i>Contesto demografico</i>	100
3.4.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	100
3.4.3. <i>Mortalità evitabile</i>	100
3.4.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	102
3.4.5. <i>Rete ospedaliera</i>	102
3.4.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	102
3.4.7. <i>Medicina di Base</i>	104
3.4.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	104
3.4.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	104
3.5. P.A. DI TRENTO	106
3.5.1. <i>Contesto demografico</i>	106
3.5.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	106
3.5.3. <i>Mortalità evitabile</i>	106
3.5.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	108
3.5.5. <i>Rete ospedaliera</i>	108
3.5.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	108
3.5.7. <i>Medicina di Base</i>	108
3.5.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	110
3.5.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	110
3.6. VENETO	112
3.6.1. <i>Contesto demografico</i>	112
3.6.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	112
3.6.3. <i>Mortalità evitabile</i>	114
3.6.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	114
3.6.5. <i>Rete ospedaliera</i>	116
3.6.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	116
3.6.7. <i>Medicina di Base</i>	118
3.6.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	118
3.6.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	120

3.7. FRIULI VENEZIA GIULIA	122
3.7.1. <i>Contesto demografico</i>	122
3.7.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	122
3.7.3. <i>Mortalità evitabile</i>	124
3.7.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	124
3.7.5. <i>Rete ospedaliera</i>	126
3.7.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	126
3.7.7. <i>Medicina di Base</i>	126
3.7.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	128
3.7.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	128
3.8. LIGURIA	
3.8.1. <i>Contesto demografico</i>	130
3.8.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	130
3.8.3. <i>Mortalità evitabile</i>	132
3.8.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	132
3.8.5. <i>Rete ospedaliera</i>	134
3.8.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	134
3.8.7. <i>Medicina di Base</i>	134
3.8.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	136
3.8.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	136
3.9. EMILIA ROMAGNA	138
3.9.1. <i>Contesto demografico</i>	138
3.9.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	138
3.9.3. <i>Mortalità evitabile</i>	140
3.9.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	140
3.9.5. <i>Rete ospedaliera</i>	142
3.9.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	142
3.9.7. <i>Medicina di Base</i>	144
3.9.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	144
3.9.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	146
3.10. TOSCANA	148
3.10.1. <i>Contesto demografico</i>	148
3.10.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	148
3.10.3. <i>Mortalità evitabile</i>	150
3.10.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	150
3.10.5. <i>Rete ospedaliera</i>	152
3.10.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	152
3.10.7. <i>Medicina di Base</i>	154
3.10.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	154
3.10.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	156
3.11. UMBRIA	158
3.11.1. <i>Contesto demografico</i>	158
3.11.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	158
3.11.3. <i>Mortalità evitabile</i>	160
3.11.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	160
3.11.5. <i>Rete ospedaliera</i>	160
3.11.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	162
3.11.7. <i>Medicina di Base</i>	162
3.11.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	164
3.11.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	164

3.12. MARCHE	166
3.12.1. <i>Contesto demografico</i>	166
3.12.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	166
3.12.3. <i>Mortalità evitabile</i>	168
3.12.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	168
3.12.5. <i>Rete ospedaliera</i>	170
3.12.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	170
3.12.7. <i>Medicina di Base</i>	172
3.12.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	172
3.12.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	174
3.13. LAZIO	176
3.13.1. <i>Contesto demografico</i>	176
3.13.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	176
3.13.3. <i>Mortalità evitabile</i>	178
3.13.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	178
3.13.5. <i>Rete ospedaliera</i>	178
3.13.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	180
3.13.7. <i>Medicina di Base</i>	180
3.13.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	182
3.13.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	182
3.14. ABRUZZO	184
3.14.1. <i>Contesto demografico</i>	184
3.14.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	184
3.14.3. <i>Mortalità evitabile</i>	186
3.14.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	186
3.14.5. <i>Rete ospedaliera</i>	188
3.14.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	188
3.14.7. <i>Medicina di Base</i>	188
3.14.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	190
3.14.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	190
3.15. MOLISE	192
3.15.1. <i>Contesto demografico</i>	192
3.15.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	192
3.15.3. <i>Mortalità evitabile</i>	194
3.15.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	194
3.15.5. <i>Rete ospedaliera</i>	196
3.15.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	196
3.15.7. <i>Medicina di Base</i>	196
3.15.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	198
3.15.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	198
3.16. CAMPANIA	200
3.16.1. <i>Contesto demografico</i>	200
3.16.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	200
3.16.3. <i>Mortalità evitabile</i>	202
3.16.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	202
3.16.5. <i>Rete ospedaliera</i>	204
3.16.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	204
3.16.7. <i>Medicina di Base</i>	206
3.16.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	206
3.16.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	208

3.17. PUGLIA	210
3.17.1. <i>Contesto demografico</i>	210
3.17.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	210
3.17.3. <i>Mortalità evitabile</i>	212
3.17.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	212
3.17.5. <i>Rete ospedaliera</i>	214
3.17.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	214
3.17.7. <i>Medicina di Base</i>	216
3.17.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	216
3.17.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	218
3.18. BASILICATA	220
3.18.1. <i>Contesto demografico</i>	220
3.18.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	220
3.18.3. <i>Mortalità evitabile</i>	220
3.18.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	222
3.18.5. <i>Rete ospedaliera</i>	222
3.18.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	222
3.18.7. <i>Medicina di Base</i>	224
3.18.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	224
3.18.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	226
3.19. CALABRIA	228
3.19.1. <i>Contesto demografico</i>	228
3.19.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	228
3.19.3. <i>Mortalità evitabile</i>	230
3.19.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	230
3.19.5. <i>Rete ospedaliera</i>	230
3.19.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	232
3.19.7. <i>Medicina di Base</i>	232
3.19.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	234
3.19.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	234
3.20. SICILIA	236
3.20.1. <i>Contesto demografico</i>	236
3.20.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	238
3.20.3. <i>Mortalità evitabile</i>	238
3.20.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	238
3.20.5. <i>Rete ospedaliera</i>	238
3.20.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	240
3.20.7. <i>Medicina di Base</i>	240
3.20.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	242
3.20.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	242
3.21. SARDEGNA	244
3.21.1. <i>Contesto demografico</i>	244
3.21.2. <i>Contesto economico (provinciale)</i>	244
3.21.3. <i>Mortalità evitabile</i>	246
3.21.4. <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)</i>	246
3.21.5. <i>Rete ospedaliera</i>	246
3.21.6. <i>Medici e infermieri dipendenti delle Usl</i>	248
3.21.7. <i>Medicina di Base</i>	248
3.21.8. <i>Assistenza farmaceutica (pubblica e privata)</i>	250
3.21.8.1. <i>Spesa Farmaceutica del Ssn</i>	250

4. Il ruolo del farmaco nella tutela della salute: ipotesi di relazioni fra consumo farmaceutico ed alcune variabili economiche e sanitarie	253
4.1. PREMESSA	253
4.2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO	253
4.3. LE STIME ECONOMETRICHE	255
4.4. RELAZIONI TRA CONSUMO FARMACEUTICO, MORTALITÀ EVITABILE E REDDITO	255
4.5. RELAZIONE TRA CONSUMO FARMACEUTICO, ETÀ E REDDITO	259
4.6. RELAZIONE TRA CONSUMO FARMACEUTICO E DEGENZA OSPEDALIERA	259
4.7. CONCLUSIONI	260
Appendici	263
APPENDICE 1	263
MESS – MODELLO DI EPIDEMIOLOGIA DEI SERVIZI SANITARI	263
A.1.1. <i>Il MESS nel contesto dei nuovi modelli di conoscenza e monitoraggio della pubblica amministrazione</i>	263
A.1.2. <i>Il sistema informativo</i>	264
A.1.3. <i>L'impegno strategico</i>	266
A.1.4. <i>Struttura e dimensione della banca dati</i>	267
A.1.5. <i>Utilizzo del pacchetto applicativo</i>	269
A.1.5.1. <i>Il posizionamento competitivo di una singola Azienda Usl (o provincia o regione)</i>	269
A.1.5.2. <i>Distribuzione delle Usl secondo uno specifico indicatore</i>	271
A.1.5.3. <i>Ulteriori funzionalità del programma</i>	272
APPENDICE 2	274
A.2.1. <i>Mortalità evitabile per Usl, età media alla morte</i>	274
A.2.2. <i>Mortalità evitabile per Usl, tassi standardizzati di mortalità 0-74 anni. Anno 1994. Valori per 100 mila abitanti</i>	277
A.2.3. <i>Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia</i>	280
APPENDICE 3	283
NOTE GENERALI	283
A.3.1. <i>Popolazione residente</i>	283
A.3.2. <i>Popolazione pesata</i>	283
A.3.3. <i>Mortalità standardizzata</i>	284
A.3.4. <i>Mortalità infantile</i>	285
A.3.5. <i>Cause di morte con indicazione delle "cause evitabili" in età 5-64 anni</i>	285
A.3.6. <i>Infortuni sul lavoro</i>	287
A.3.7. <i>Rete ospedaliera</i>	287
A.3.8. <i>Personale dipendente e assetti retributivi pro-capite</i>	287
A.3.9. <i>Gestione finanziaria: Spesa delle Aziende Usl e spesa delle Regioni</i>	288
A.3.10. <i>Consumi farmaceutici</i>	288
A.3.11. <i>Medicina di base</i>	289
A.3.12. <i>Indicatori demografici</i>	289
A.3.13. <i>Indicatori di contesto economico</i>	289
A.3.14. <i>Riferimenti essenziali</i>	290

Indice delle tavole, dei grafici e degli schemi

1. La classifica sullo stato di salute degli italiani: un'analisi degli anni di vita persi per Usl	27
SCHEMA "A" Calcolo della classifica dello stato di salute in Italia. Dati di sintesi	31
SCHEMA "B" Anni di vita persi per mortalità evitabile: quadro di sintesi nazionale. Anno 1994. Valori per 100.000 anni potenziali	32
SCHEMA "C" Mortalità evitabile per Usl: età media alla morte	33
SCHEMA "D" Mortalità evitabile per Usl: tassi standardizzati di mortalità 0-74 anni. Anno 1994. Valori per 100 mila abitanti	34
TAVOLA 1.1. Classifica dello stato di salute in Italia: anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali	38
2. I principali indicatori: salute, servizi sanitari, contesto socio-economico <i>(analisi complessiva per regione)</i>	41
TAVOLA 2.1.1. Contesto demografico	53
TAVOLA 2.2.1. Contesto economico	54
TAVOLA 2.3.1. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause Maschi- 0-74 anni- tassi x 100.000 abitanti	54
TAVOLA 2.3.2. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause Femmine - 0-74 anni- tassi x 100.000 abitanti	55
TAVOLA 2.3.3. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause Maschi - 75 anni- tassi x 100.000 abitanti	55
TAVOLA 2.3.4. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause Femmine - 75 anni- tassi x 100.000 abitanti	56
TAVOLA 2.4.1. Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause 5-64 anni- tassi x 100.000 abitanti	56
TAVOLA 2.5.1. Mortalità infantile e mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause - 5-64 anni tassi x 100.000 abitanti	57
TAVOLA 2.6.1. Infortuni sul lavoro per classi di età e per esito x 100.000 abitanti	57
TAVOLA 2.7.1. Spesa corrente del Ssn: indice spesa totale quote spesa diretta e convenzionata	58
TAVOLA 2.7.2. Spesa corrente del Ssn: valori indice	58
GRAFICO 2.7. Confronto tra spesa corrente pro-capite per popolazione pesata e per popolazione effettiva del Ssn (migliaia di lire)	59
TAVOLA 2.8.1. Dotazione posti letto. Terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza. Posti letto x 100.000 abitanti	60
TAVOLA 2.8.2. Dotazione posti letto. Specialità a media assistenza e Specialità di base. Posti letto x 100.000 abitanti	60
TAVOLA 2.8.3. Dotazione posti letto. Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree. Posti letto x 100.000 abitanti	61

TAVOLA 2.8.4.	Tasso di utilizzazione. Terapia intensiva e Specialità ad elevata assistenza x100	61
TAVOLA 2.8.5.	Tasso di utilizzazione. Specialità a media assistenza e Specialità di base - x100	62
TAVOLA 2.8.6.	Tasso di utilizzazione. Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree - x100	62
TAVOLA 2.9.1.	Personale delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere	63
TAVOLA 2.9.2.	Personale del Ssn: retribuzione media e incidenza salario variabile	63
TAVOLA 2.9.3.	Personale del Ssn: incentivi e straordinari medi	64
TAVOLA 2.10.1.	Medicina di base	64
TAVOLA 2.11.1.	Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati, vendite in farmacia) spesa pro-capite	65
TAVOLA 2.11.2.	Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati, vendite in farmacia) unità vendute pro-capite	65
TAVOLA 2.11.3.	Spesa farmaceutica Ssn pro-capite	66
3.	Atlante sanitario delle regioni italiane <i>(analisi per Usl)</i>	67
TAVOLA 3.1.	CONTESTO DEMOGRAFICO	
3.1.1.	Piemonte	69
3.2.1.	Valle d'Aosta	79
3.3.1.	Lombardia	85
3.4.1.	P.A. Bolzano	101
3.5.1.	P.A. Trento	107
3.6.1.	Veneto	113
3.7.1.	Friuli Venezia Giulia	123
3.8.1.	Liguria	131
3.9.1.	Emilia Romagna	139
3.10.1.	Toscana	149
3.11.1.	Umbria	159
3.12.1.	Marche	167
3.13.1.	Lazio	177
3.14.1.	Abruzzo	185
3.15.1.	Molise	193
3.16.1.	Campania	201
3.17.1.	Puglia	211
3.18.1.	Basilicata	221
3.19.1.	Calabria	229
3.20.1.	Sicilia	237
3.21.1.	Sardegna	245
TAVOLA 3.2.	CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)	
3.1.2.	Piemonte	69
3.2.2.	Valle d'Aosta	79
3.3.2.	Lombardia	87
3.4.2.	P.A. Bolzano	101
3.5.2.	P.A. Trento	107
3.6.2.	Veneto	113
3.7.2.	Friuli Venezia Giulia	123
3.8.2.	Liguria	131
3.9.2.	Emilia Romagna	139
3.10.2.	Toscana	149
3.11.2.	Umbria	159
3.12.2.	Marche	167
3.13.2.	Lazio	177
3.14.2.	Abruzzo	185
3.15.2.	Molise	193

3.16.2. Campania	201
3.17.2. Puglia	211
3.18.2. Basilicata	221
3.19.2. Calabria	229
3.20.2. Sicilia	237
3.21.2. Sardegna	245

TAVOLA 3.3. MORTALITÀ EVITABILE

3.1.3. Piemonte	71
3.2.3. Valle d'Aosta	79
3.3.3. Lombardia	87
3.4.3. P.A. Bolzano	101
3.5.3. P.A. Trento	107
3.6.3. Veneto	115
3.7.3. Friuli Venezia Giulia	125
3.8.3. Liguria	133
3.9.3. Emilia Romagna	141
3.10.3. Toscana	151
3.11.3. Umbria	161
3.12.3. Marche	169
3.13.3. Lazio	179
3.14.3. Abruzzo	187
3.15.3. Molise	195
3.16.3. Campania	203
3.17.3. Puglia	213
3.18.3. Basilicata	223
3.19.3. Calabria	233
3.20.3. Sicilia	239
3.21.3. Sardegna	247

TAVOLA 3.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE
(POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

3.1.4. Piemonte	71
3.3.4. Lombardia	89
3.4.4. P.A. Bolzano	103
3.6.4. Veneto	115
3.7.4. Friuli Venezia Giulia	125
3.8.4. Liguria	133
3.9.4. Emilia Romagna	141
3.10.4. Toscana	151
3.11.4. Umbria	161
3.12.4. Marche	169
3.13.4. Lazio	179
3.14.4. Abruzzo	187
3.15.4. Molise	195
3.16.4. Campania	203
3.17.4. Puglia	213
3.18.4. Basilicata	223
3.19.4. Calabria	231
3.20.4. Sicilia	239
3.21.4. Sardegna	247

TAVOLA 3.5. MORTALITÀ EVITABILE

3.1.5. Piemonte	73
3.2.5. Valle d'Aosta	81
3.3.5. Lombardia	91
3.4.5. P.A. Bolzano	103
3.5.5. P.A. Trento	109
3.6.5. Veneto	117
3.7.5. Friuli Venezia Giulia	127
3.8.5. Liguria	135

3.9.5. Emilia Romagna	143
3.10.5. Toscana	153
3.11.5. Umbria	161
3.12.5. Marche	171
3.13.5. Lazio	179
3.14.5. Abruzzo	189
3.15.5. Molise	197
3.16.5. Campania	205
3.17.5. Puglia	215
3.18.5. Basilicata	223
3.19.5. Calabria	231
3.20.5. Sicilia	239
3.21.5. Sardegna	247

TAVOLA 3.6. RETE OSPEDALIERA

3.1.6. Piemonte	73
3.2.6. Valle d'Aosta	81
3.3.6. Lombardia	93
3.4.6. P.A. Bolzano	103
3.5.6. P.A. Trento	109
3.6.6. Veneto	117
3.7.6. Friuli Venezia Giulia	127
3.8.6. Liguria	135
3.9.6. Emilia Romagna	143
3.10.6. Toscana	153
3.11.6. Umbria	163
3.12.6. Marche	171
3.13.6. Lazio	181
3.14.6. Abruzzo	189
3.15.6. Molise	197
3.16.6. Campania	205
3.17.6. Puglia	215
3.18.6. Basilicata	223
3.19.6. Calabria	233
3.20.6. Sicilia	241
3.21.6. Sardegna	249

TAVOLA 3.7. MEDICINA DI BASE

3.1.7. Piemonte	75
3.2.7. Valle d'Aosta	81
3.3.7. Lombardia	95
3.4.7. P.A. Bolzano	105
3.5.7. P.A. Trento	109
3.6.7. Veneto	119
3.7.7. Friuli Venezia Giulia	127
3.8.7. Liguria	135
3.9.7. Emilia Romagna	145
3.10.7. Toscana	155
3.11.7. Umbria	163
3.12.7. Marche	173
3.13.7. Lazio	181
3.14.7. Abruzzo	189
3.15.7. Molise	197
3.16.7. Campania	207
3.17.7. Puglia	217
3.18.7. Basilicata	225
3.19.7. Calabria	235
3.20.7. Sicilia	241
3.21.7. Sardegna	249

TAVOLA 3.8. ASSISTENZA FARMACEUTICA (PUBBLICA E PRIVATA)
(PER USL E PROVINCIA)

3.1.8. Piemonte	75
3.2.8. Valle d'Aosta	83
3.3.8. Lombardia	97
3.4.8. P.A. Bolzano	105
3.5.8. P.A. Trento	111
3.6.8. Veneto	119
3.7.8. Friuli Venezia Giulia	129
3.8.8. Liguria	137
3.9.8. Emilia Romagna	145
3.10.8. Toscana	155
3.11.8. Umbria	165
3.12.8. Marche	173
3.13.8. Lazio	183
3.14.8. Abruzzo	191
3.15.8. Molise	219
3.16.8. Campania	207
3.17.8. Puglia	217
3.18.8. Basilicata	225
3.19.8. Calabria	235
3.20.8. Sicilia	243
3.21.8. Sardegna	251

TAVOLA 3.8.1. SPESA FARMACEUTICA DEL SSN

3.1.8.1 Piemonte	77
3.2.8.1 Valle d'Aosta	83
3.3.8.1 Lombardia	99
3.4.8.1 P.A. Bolzano	105
3.5.8.1 P.A. Trento	111
3.6.8.1 Veneto	121
3.7.8.1 Friuli Venezia Giulia	129
3.8.8.1 Liguria	137
3.9.8.1 Emilia Romagna	147
3.10.8.1 Toscana	157
3.11.8.1 Umbria	165
3.12.8.1 Marche	175
3.13.8.1 Lazio	183
3.14.8.1 Abruzzo	191
3.15.8.1 Molise	199
3.16.8.1 Campania	209
3.17.8.1 Puglia	219
3.18.8.1 Basilicata	227
3.19.8.1 Calabria	235
3.20.8.1 Sicilia	243
3.21.8.1 Sardegna	251

4. Il ruolo del farmaco nella tutela della salute:
ipotesi di relazioni fra consumo farmaceutico
ed alcune variabili economiche e sanitarie

GRAFICO 4.4.1. Relazione tra classifica MESS e consumo farmaceutico	255
GRAFICO 4.4.2. Relazione tra classifica MESS e reddito	256
GRAFICO 4.5.1.1. Relazione tra consumo farmaceutico in valore e indice di vecchiaia	257
GRAFICO 4.5.1.2. Relazione tra consumo farmaceutico in valore e reddito	257

GRAFICO 4.5.2.1.	Relazione tra consumo spesa farmaceutica privata e indice di vecchiaia	258
GRAFICO 4.5.2.2.	Relazione tra spesa farmaceutica privata e reddito	258
GRAFICO 4.5.3.1.	Relazione fra farmaceutica pubblica e indice di vecchiaia	258
GRAFICO 4.5.3.2.	Relazione fra consumo farmaceutico (pezzi) e indice di vecchiaia	258
GRAFICO 4.5.1.BIS	Relazione tra consumo farmaceutico (pezzi) e indice di vecchiaia	259
GRAFICO 4.6.1.	Relazione tra spesa farmaceutica privata e reddito	260

Considerazioni generali

Se c'è un'idea che continuamente cambia con i mutamenti economici, scientifici, culturali di una società, questa è la salute.

Il bene come assenza del male è una questione antica e che ci ricorda il nume tutelare. Le forme della sua difesa si sono protratte nei secoli fino ai non tanto lontani sistemi mutualistici nei quali masse sconfinite di persone venivano incluse in una tutela certamente più sanitaria che divina.

Con la riforma sanitaria del 1978, la salute diventa quella che è considerata ancora oggi e cioè "benessere", "star bene".

Ma già ora essa è nuovamente ridiscussa da profonde trasformazioni sociali e sta assumendo i connotati inediti della "vitalità"⁽¹⁾.

Nella vitalità, utilità sanitarie, capacità delle persone, opportunità sociali, diritti alla singolarità dell'individuo, si mischiano a formare una nuova concezione di bene. In tale concezione la salute, lo star bene, il benessere diventano quasi componenti parziali di un'idea più complessa di autorealizzazione e di autocompimento della persona. Essere vitali significa avere le condizioni adatte per realizzare un personale progetto esistenziale.

Ma la salute, come vitalità, arricchisce la riflessione oltre i fattori di nocività, delle cause di malattia, dei problemi genetici, etc., con le questioni delicate del tempo di vita, dell'attesa e delle aspettative di vita e di conseguenza con quelle che vedono i problemi della gente anche in termini di morti evitabili. Sotto questa luce i vecchi concetti come efficacia sanitaria, efficienza, evidenza, appropriatezza, hanno la possibilità di rigenerarsi e proporre nuove interpretazioni.

Uno dei fattori essenziali per l'accertamento dell'efficacia di un sistema sanitario è la disponibilità di un parallelo "sistema di indicatori" da parte dei soggetti, istituzionali e non, deputati al monitoraggio e alla verifica del conseguimento dei risultati previsti in termini di salute della popolazione. In Italia, nonostante i passi avanti significativi compiuti dal sistema informativo sanitario del Ministero della Sanità, da un lato, e dalla rete di osservazione delle Regioni, dall'altro, sono in molti a ritenere tutt'ora insufficiente, e soprattutto sottoutilizzata, la rete di dati disponibile.

Ciò è vero, ad esempio, per quanto concerne la morbosità generale di cui non si hanno valide rilevazioni a carattere generalizzato (assenza che mina alle basi qualsiasi serio progetto di monitoraggio dell'evoluzione "epidemiologica" della popolazione italiana), ma non è certamente vero per quanto riguarda i dati di struttura e di funzionalità del sistema.

Il problema, quindi, non appare tanto quello della “disponibilità” di dati (pur rilevando significative carenze come quella sopra ricordata), quanto quello della loro “trasformazione” in indicatori “con contenuti realmente informativi” ed in grado di “spiegare” i diversi fenomeni connessi con lo stato di salute del cittadino e con il conseguente utilizzo dei servizi sanitari. “Tanti dati” può equivalere, in termini di utilità, a “nessun dato” se non si è in grado di trasformare la massa di valori numerici disponibili in una serie ordinata di indicazioni in grado di fornire non solo “informazioni” ma soprattutto “risposte” a quanti operano quotidianamente a diverso livello di funzione e responsabilità nel campo della tutela della salute ed organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

“Prometeo” ha questo scopo, proponendosi l’analisi dei dati esistenti, producendo informazioni sullo stato di salute degli Italiani e valutando contestualmente la capacità di risposta del comparto sanitario, pubblico e privato, ai bisogni della popolazione.

Per far questo sono state utilizzate le principali statistiche pubblicamente disponibili, tenendo presente la complessità del fenomeno, ed in particolare la sua intrinseca natura multidimensionale, che richiede una visione multisettoriale (medico-sanitaria, economica, sociale, strutturale e funzionale), cui sono state aggiunte specifiche ed originali rilevazioni statistiche fino ad oggi mai rese pubbliche.

In particolare sono innovative le serie per Usl di mortalità per causa (dati di base Istat), quelle del personale e delle retribuzioni (dati di base Ministero del Tesoro), gli infortuni sui luoghi di lavoro (dati di base Inail), i depositi bancari e i consumi elettrici privati (dati di base Ancitel). Nuovi anche gli indicatori di mortalità evitabile per Usl e in genere l’atlante della mortalità per Usl, i dati delle medie retributive e del salario variabile per contratto collettivo di lavoro e Usl (dirigenti medici e veterinari, altri dirigenti, altri livelli), gli indicatori finanziari pro-capite elaborati sulla base della popolazione pesata seguendo le indicazioni del Ministero della Sanità.

Caratteristica di Prometeo è, inoltre, quella di valutare la risposta al bisogno sanitario privilegiando l’aspetto dell’efficacia e non limitando l’analisi alla mera “efficienza finanziaria” del sistema.

La “classifica” sullo stato di salute della popolazione italiana

Il concetto di salute, anche reinterpretedo in termini di “vitalità”, risulta notoriamente sfuggente, essendo passibile di diverse interpretazioni - più o meno estese nell’accezione del termine - ed anche di relative differenze, da valutare, legate allo stato di sviluppo socio-economico delle popolazioni di riferimento.

In assenza di dati ufficiali sulla morbosità per campioni sufficientemente ampi, in Italia si è storicamente costretti a limitare l’analisi ad un segmento tutt’altro che rappresentativo dello stato di salute, rappresentato dalla mortalità.

La novità di Prometeo sta nella scelta di un indicatore rappresentato da una serie di dati utilizzati per evidenziare la cosiddetta “mortalità evitabile” ed applicato su scala nazionale. La mortalità evitabile, pur essendo da tempo registrata anche nel nostro Paese, non è mai stata compiutamente utilizzata ai fini di “fotografare” la realtà delle varie dimensioni territoriali

della penisola. L'interesse dell'analisi della mortalità evitabile risiede, infatti, nella sua capacità di superare i principali limiti delle più usuali statistiche sulla mortalità. In queste ultime risulta preponderante l'effetto demografico che si sovrappone a quello del processo assistenziale nascondendolo all'analisi; la mortalità evitabile, al contrario, risulta prioritariamente correlata con le abitudini di vita, con lo stato dell'ambiente di vita e di lavoro, nonché con la stessa efficacia del servizio sanitario ed in particolare con le politiche di prevenzione, le scelte diagnostiche e di cura.

Il percorso interpretativo di Prometeo prende quindi lo spunto da una "classifica" basata sulla mortalità evitabile, spinta fino al dettaglio di singola Usl. In particolare, per ogni area di analisi si sono calcolati quanti anni persi, in proporzione a quelli potenzialmente ancora vivibili dagli individui della popolazione residente, siano attribuibili a carenza di prevenzione, diagnosi o terapia, ovvero "recuperabili" con una maggiore efficacia dell'intervento sanitario ai suoi vari livelli.

Ovviamente per rendere confrontabili i dati si sono utilizzate opportune standardizzazioni statistiche, consistenti in pratica a riferire i tassi specifici (per età) di mortalità evitabile a una popolazione omogenea a livello nazionale.

L'indicatore, elaborato per la prima volta con un così spinto livello di disaggregazione, ed in questa forma, appare innovativo nel suo potenziale informativo. Il tentativo è quello di dare un, seppure indiretto, "valore" alla vita umana, pesando maggiormente i casi di mortalità evitabile avvenuti più precocemente, ovvero più lontani dalla età media attesa di morte (ove il differenziale rappresenta lo stock di anni potenzialmente vivibili dall'individuo e, per aggregazione, dalla popolazione analizzata). Rimandando al capitolo 1 di questo volume, interamente dedicato all'analisi della "classifica", possiamo in questa sede anticipare che i risultati emersi dalle nostre elaborazioni risulteranno ampiamente inattesi. Cadono facili pregiudizi e classificazioni banali, mentre si evidenzia un intreccio - fino ad oggi sempre ventilato, ma mai dimostrato scientificamente a livello nazionale - tra i diversi aspetti concernenti stili di vita, clima, livelli culturali, tipologie di specializzazione produttiva, risposta assistenziale, eccetera.

Quest'ultima non riesce da sola a determinare il risultato finale, come era facilmente presumibile, anche se spesso - paradossalmente - tale consapevolezza risulta negletta in molte ricette di politica sanitaria.

Ogni valore dell'indice richiederebbe una approfondita e specifica analisi, alla ricerca delle cause esplicative che ne giustificano il risultato; il livello di dettaglio dell'elaborazione non permette per esigenze di spazio una così minuta trattazione; sarà doveroso sforzo di ogni dirigente sanitario locale approfondire le ragioni della "performance" nella propria area. L'indice, e in particolare il confronto fra gli indici, vuole rappresentare uno stimolo all'approfondimento, facilitato dalla dovizia di indicatori socio-demografici per ogni singola area (Usl, Provincia, Regione).

Le grandi "differenze"

La classifica di Prometeo sul livello sanitario delle Usl italiane ha fatto rilevare alcune macro questioni emergenti. In primo luogo, la peculiarità del fenomeno è evidente: nelle prime (e migliori) dieci posizioni troviamo Usl

prevalentemente del Centro-Sud, la prima del Nord è solo al diciottesimo posto; allo stesso tempo in fondo alla classifica prevalgono Usl del Nord, ma diciottesima dal fondo è per casuale "simmetria" una Usl del Sud (una della Sardegna è poi al quint'ultimo posto).

Le Marche hanno ben 5 Usl fra le prime 10, ma ne troviamo una anche ben oltre metà classifica al 143° posto. La Lombardia ha 4 Usl fra le ultime 10, ma è di tale Regione anche la migliore Usl del Nord.

Queste brevi note dovrebbero essere sufficienti a dimostrare la complessità del fenomeno, pur non dovendo scoraggiare la ricerca di alcuni denominatori comuni nella spiegazione degli indici.

In generale si può osservare che le aree di maggiore rischio appaiono essere quelle del Nord-Ovest e del Nord-Est, ove si può ragionevolmente presumere che l'assistenza debba fronteggiare abitudini di vita, possiamo ad esempio immaginare l'eccesso di alcool, e caratteristiche ambientali (in particolare produttive) più critiche.

Sembrerebbe trovarsi una conferma indiretta di quest'ultima affermazione osservando che la presenza di Usl del Sud nella area critica è tipicamente accompagnata da vocazioni produttive peculiari: in particolare minerarie o maggiormente (rispetto al resto del Mezzogiorno) industriali. Si osserva ancora che in testa alla classifica prevalgono le Usl della tipica provincia italiana, ma anche le aree metropolitane non si posizionano male, rimanendo comprese fra il 21° e il 98° posto.

Sebbene una validazione degli indici richieda almeno la ripetizione dell'elaborazione per ulteriori 1 o 2 anni, e questo al fine di apprezzare possibili anomalie dovute a casuali concentrazioni di morti nell'anno preso in considerazione, non di meno già oggi è possibile apprezzare alcune caratteristiche del fenomeno che si legano agli aspetti socio-economici considerati. Viene chiamato in causa il "sistema sociale" nel suo complesso su cui solo di recente si sta indagando, con particolare attenzione ai tre principali elementi: dell'ambiente fisico, della struttura sociale e della coesione sociale.

Alcune valutazioni generali

Non pretendiamo di poter affrontare esaustivamente la materia, fatta di un enorme intreccio di cause e concause e ci limiteremo a proporre qualche nostra, volutamente parziale, riflessione, lasciando al lettore l'onere di approfondire l'analisi sulla base del proprio senso critico, in ciò aiutato dagli ausili multimediali di cui Prometeo è dotato.

In primo luogo osserviamo che appare scarsa la correlazione fra fattori demografici e la classifica, cosa peraltro ovvia in considerazione della standardizzazione della popolazione di riferimento. In altri termini seppure la struttura demografica e la mortalità sono fenomeni strettamente legati, l'aver utilizzato una popolazione standard di riferimento annulla tale effetto facendo emergere altre tipologie di relazione senza commistioni che renderebbero impossibile l'analisi. Ad esempio risalta che ove maggiore risulta il benessere economico è mediamente più grave la perdita (evitabile) di anni di vita. Evidentemente ciò dipende da fattori che solo parzialmente afferiscono al fattore reddito in se stesso: stili di vita inappropriati (abuso di alcool e fumo in primo luogo) sono infatti in Italia notoriamente più frequenti in alcune delle aree maggiormente industrializzate. Se

nell'era del "fitness", da alcuni definita era dell'edonismo, tale constatazione può apparire sorprendente, di fatto si dimostra che fattori culturali che si riflettono sulle abitudini di vita hanno ancora effetti che potenzialmente sopravanzano quelli prodotti dall'offerta strettamente assistenziale.

Non di meno si dimostra che è ancora lunga la strada che è necessario percorrere per giungere ad una reale uniformità in termini di salute, forse non completamente raggiungibile in relazione alle grandi differenze geografiche, climatiche, culturali e comportamentali del nostro Paese. Sebbene notevoli passi avanti si siano fatti sul lato della parità (uniformità) di accesso.

Sulla scorta di tali osservazioni relative al persistere di profonde disuguaglianze sul territorio nazionale, non si può tacere che l'indicatore di mortalità evitabile prescelto abbia un range di variazione di quasi il 300%.

Sicuramente differenze di queste dimensioni non possono trovare giustificazione in mere anomalie statistiche, ma piuttosto sembrano indicare una nazione che ancora non è riuscita a riequilibrare ritardi storici e culturali in ampie zone del territorio.

Abbandonando per un momento la mortalità evitabile, uno sguardo attento alle statistiche relative alla mortalità perinatale ed infantile rafforza la sensazione di un Ssn che, pur avendo sicuramente garantito miglioramenti importanti nello stato sanitario del Paese, ancora non riesce ad abbattere radicalmente le differenze esistenti al suo interno. Il fenomeno è d'altronde visibile in altre situazioni come ad esempio all'interno del NHS britannico.

Contemporaneamente la complessità del fenomeno è ancora una volta ribadita dal fatto che, se la mortalità evitabile è in generale più bassa nel Sud del Paese, al contrario in questa ripartizione geografica è decisamente più alta la mortalità infantile e perinatale.

Queste evidenze sembrano inoltre suggerire per un verso la insufficienza degli attuali criteri di riparto capitaro, che di fatto non tengono conto degli stili di vita dei cittadini, e per un altro l'insufficienza dei fondi destinati a obiettivi specifici, capaci di eliminare sacche specifiche di inefficacia del servizio (inteso in senso lato, ma riteniamo correttamente, comprensivo dell'intervento preventivo e promozionale).

Un altro aspetto per molti versi di difficile comprensione è quello della coesistenza nelle stesse aree sia del primato in termini di mortalità "evitata", sia di quello negativo delle invalidità dichiarate. In particolare le Marche che hanno il maggior numero di Usl fra le prime della classifica, hanno anche un tasso di infortuni sul lavoro molto alto.

L'anomalia risiede nel fatto che entrambi gli indicatori riflettono il maggiore o minore livello di efficacia del sistema assistenziale: il primo in termini di prevenzione, igiene o diagnosi precoce, il secondo con la prevenzione rispetto agli infortuni sui luoghi di lavoro; segni opposti degli indicatori "raccontano" quindi risultati opposti su due versanti diversi ma contigui dell'intervento sanitario.

I tre problemi: spesa, pubblico-privato, soddisfazione degli utenti

Vorremmo infine tentare di sottolineare qualche evidenza sul "rapporto" fra l'efficacia del sistema e tre aspetti di grande rilevanza nel dibattito sanitario: in particolare quello relativo alla spesa, al rapporto fra pubblico e

privato e infine quello della soddisfazione degli utenti. In primo luogo si osserva che non emerge alcuna relazione evidente fra spesa pro-capite e la classifica approntata.

Riteniamo che ciò non implichi banalmente che i risultati conseguiti in termini di salute siano indipendenti dalle risorse impiegate.

Piuttosto emerge, a nostro parere, che la spesa sanitaria è in larga misura funzione di costi unitari profondamente difformi e scelte organizzative altrettanto differenziate.

Un esempio può aiutare a chiarire il giudizio espresso: si dimostra nell'atlante regionale di Prometeo che le retribuzioni del personale in alcune aree (un esempio su tutti è rappresentato dalla Provincia autonoma di Bolzano) risultano di fatto estremamente più alte che nelle altre Regioni: data l'importanza in termini di costo del fattore personale è evidente che un costo unitario più alto comporta una spesa complessiva maggiore, pur teoricamente a parità di offerta assistenziale.

Il confronto della spesa pubblica per la Sanità a livello Regionale perde inoltre parte del suo significato a causa delle diverse strutture di popolazione che caratterizzano le Regioni stesse, comportando bisogni sanitari certamente difformi.

Un indicatore utile al fine di valutare le differenti modalità di spesa tra una regione e l'altra indipendentemente dal contesto demografico che caratterizza le singole realtà locali, è quello della spesa pro-capite per popolazione pesata.

Tale criterio, già previsto e attuato in sede di riparto delle risorse finanziarie per il Ssn, consiste nel suddividere la popolazione italiana secondo il bisogno ipotizzato di assistenza per grandi classi di età. Per ogni tipo di assistenza e per specifiche classi di età (in sintesi bambini, adulti e anziani) viene previsto un "peso" diverso così che - schematizzando ai soli fini dell'illustrazione - un bambino vale, in termini di bisogno assistenziale, "meno" di un adulto, che, a sua volta, vale meno di un anziano. In base a questi "pesi" vengono ripartite le risorse per la cosiddetta "quota capitaria pesata". In tal modo le regioni con un basso indice di vecchiaia ricevono meno finanziamenti a parità di abitanti, di una regione a forte indice di invecchiamento.

Con "Prometeo" abbiamo provato a spostare questo ragionamento sul lato della spesa, usando nella valutazione della spesa pro-capite regionale gli stessi standard di popolazione pesata usati per il finanziamento. Correggendo in tal modo l'analisi, mediante la standardizzazione delle spese pro-capite effettuata con l'utilizzo dei pesi proposti dal Ministero della Sanità in sede di riparto del Fsn 1999, è derivato un quadro della realtà delle diverse regioni con molte sorprese rispetto ai dati ufficiali di spesa pro-capite basati invece sulla popolazione effettiva e quindi a "pre-scindere" dal bisogno assistenziale legato alle diverse fasce di età. Se prima Campania e Sicilia erano fanalino di coda, con il nuovo indice le Regioni a più bassa spesa (teorica, ma omogenea in termini di bisogno assistenziale) sono Umbria e Liguria. Ciò sottolinea l'esistenza di una differente capacità di controllo della spesa, e si evidenzia come, a parità di bisogno assistenziale, la maggioranza delle regioni del Sud (con l'eccezione dell'Abruzzo e del Molise), spendano comunque di più in quota pro-capite, rispetto alle regioni del Centro-Nord, che al contrario (con

l'eccezione della P.A. di Bolzano e del Lazio), dimostrano di avere una maggiore capacità di contenimento dei costi presentando valori pro-capite per popolazione standardizzata più bassi di quelli "effettivi". Ne emerge la necessità di rivedere le politiche di riequilibrio della spesa usando indicatori coerenti e confrontabili di finanziamento e di spesa. Il Sud avendo una popolazione più giovane ha una spesa solo apparentemente più bassa, nel senso che il differenziale non può essere spiegato solo dalla diversa struttura di età.

Nella nuova classifica il trend decrescente Nord-Sud non solo è messo in discussione, ma anche emerge una situazione a "macchia di leopardo" non legata alle ripartizioni geografiche.

Allo stesso modo si può ragionare per quanto concerne le scelte organizzative, ed in particolare il ruolo delle strutture di offerta private nel Ssn. Considerando che larga parte della offerta privata lavora di fatto sotto l'"ombrello protettivo" del Ssn, possiamo considerare la quota di spesa in convenzione (oggi accreditata) come un indicatore indiretto della scelta regionale nel campo dell'intervento pubblico: Usl come produttore diretto di servizi ovvero Usl acquirente per conto del cittadino.

Analogamente a quanto notato sul lato della spesa, non emergono evidenti relazioni con la classifica neppure rispetto al livello di convenzionamento, a riprova che una maggiore efficacia non necessariamente è legata ad un modello organizzativo-istituzionale piuttosto che a un altro. Consideriamo infine la questione in termini della cosiddetta *customer satisfaction*. Il cittadino, secondo sempre più frequenti indagini, non è soddisfatto del Ssn, ma la sua insoddisfazione non sembra legata ai risultati in termini di salute conseguiti. Anzi, sembrerebbe che i cittadini del Nord, pur sopportando maggiori rischi di mortalità considerata evitabile, alla fine siano più soddisfatti di quanto non lo siano i cittadini del Sud, e in particolare quelli delle aree metropolitane, che pure sembrano meno a rischio.

La questione strategica diviene in definitiva quella di quale soddisfacimento conseguire: quella del cliente "comunque" soddisfatto o quella del cittadino "giustamente" soddisfatto?

In Sanità le asimmetrie informative, così come anche in altri settori, possono oggi notevolmente ridursi, grazie a maggiore scolarizzazione e alle infinite possibilità delle tecniche di informazione: ma la questione nel nostro Paese sembra ancora considerata secondaria e risulta scarsamente esplorata.

In conclusione sembra emergere una realtà complessa in cui solo a livello locale, in ambiti di osservazione specifici e delimitati, è possibile giungere alla corretta definizione delle priorità.

Il nostro sistema è stato sinora troppo accentrato e non ha, se non parzialmente, recepito questa esigenza di informazione sui bisogni sanitari reali della popolazione, rimanendo legato a logiche programmatiche centralizzate, per lo più risultate inapplicate o inapplicabili.

Recuperare la coscienza della multidimensionalità del fenomeno equivale a rimettere in discussione politiche tese al mero contenimento della spesa senza alcuna, se non formale, attenzione alla globale efficienza del sistema. La ricerca condotta dimostra altresì che, in assenza di un valido sistema informativo "competitivo", risulta nei fatti impossibile stabilire credibili priorità ed emergenze. Nel mentre si va verso una regionalizzazione del

Ssn, non più limitata al solo federalismo fiscale, il monitoraggio del sistema è rimasto ancorato a logiche interpretative legate a fattori istituzionali ed amministrativi che sono oggi superati dai fatti. La “territorializzazione” delle analisi di Prometeo anticipa in qualche misura il decentramento sanitario che si intende attuare, consentendo, ancora in via embrionale, di valutare le singole realtà aziendali in termini di risultati raggiunti.

I punti di forza e i punti di debolezza del sistema sanità in Italia

In definitiva si possono delineare due liste di fenomeni contrapposti che caratterizzano lo stato sanitario in Italia: una per quelli positivi ed una per quelli negativi o comunque problematici, senza peraltro poterne fare una somma algebrica e produrre un risultato finale. Fra i punti di forza del nostro sistema possiamo evidenziare in primo luogo il benessere economico piuttosto generalizzato, che si è radicato in un ambiente salubre caratterizzato per lo più da stili di vita che oggi si definiscono salutisti.

Il sistema sanitario ha saputo accompagnare questa rapida rivoluzione, sfruttando le continue scoperte diagnostiche e terapeutiche, ed organizzandosi per una sempre più capillare diffusione nella società.

La rete della medicina di base è un fatto ormai acquisito nella cultura del Paese, pur non essendo affatto un elemento scontato come si può osservare a livello internazionale. Le stesse osservazioni valgono per la rete ospedaliera per le acuzie e per altri settori come quello delle farmacie.

Come già è stato evidenziato dalla ultima Relazione sullo Stato Sanitario del Paese si conferma che gli indicatori disponibili mostrano un Paese in assoluto fra i più longevi, con bassa mortalità evitabile, buone performance per quanto concerne la mortalità perinatale ed infantile.

Inoltre quel poco che è dato sapere sui fenomeni morbosi sembrerebbe confermare una posizione di assoluta eccellenza a livello mondiale: è ormai scontata la quasi totale assenza di malattie infettive, si mostra una alta sopravvivenza per i casi oncologici (a dimostrare cure efficaci e appropriate), un bassa incidenza dei principali fattori di rischio cardiologici (dove efficacia delle terapie nonché della prevenzione primaria e secondaria si sposano felicemente).

Da questo contesto discende in modo quasi ovvio un progressivo ampliamento della sfera sanitaria, che rappresenta un importante sviluppo culturale: l'intervento sanitario spazia dalla salubrità dell'ambiente e degli alimenti sino alla assistenza socio-sanitaria. In generale possiamo dire che se l'obiettivo è la “salute”, esso è stato raggiunto in misura di assoluto rilievo a livello mondiale. In realtà in una cultura sviluppata gli obiettivi sono complessi: oltre il risultato conta il modo per ottenerlo.

Su questi aspetti, affatto secondari, si innesta la lista dei punti di debolezza. Potremmo classificarla in tre filoni principali, anche se correlati: quello gestionale, quello delle competenze, quello dell'informazione.

Essi sono ben noti al legislatore: il primo è stato il *leitmotiv* della riforma del 1992/1993, il secondo della cosiddetta “riforma ter”, in discussione in questi giorni; il terzo, pur onnipresente, stenta a trovare soluzione organica.

Gli aspetti gestionali sono quelli legati alla efficienza delle modalità di intervento, spesso scarsa, anche se l'evidenza statistica in questione è carente, nonché al marketing del prodotto assistenza.

Le conseguenze più evidenti riguardano un rischio di obsolescenza del

patrimonio di strutture del Ssn, per carenza di interventi di ordinaria e straordinaria manutenzione, e scarso sviluppo della ricerca e delle modalità di formazione e riqualificazione del personale: entrambi giustificati da carenza di fondi, sempre più vincolati nella destinazione alla cosiddetta spesa diretta (personale e beni/servizi).

Una maggiore efficienza tecnica e specialmente organizzativa potrebbe e dovrebbe liberare risorse per una riqualificazione delle strutture e del personale del Ssn.

Alla riqualificazione si lega l'aspetto del marketing, allo stato attuale carente sino a comportare una diffusa insoddisfazione dei cittadini, pur in presenza di un "prodotto" sostanzialmente valido.

Il Ssn ancora dimostra scarsa capacità di interpretare e dare risposte alla domanda emergente, sia da parte del cittadino/paziente (in termini di adeguatezza complessiva del servizio fornito), sia da parte del cittadino/utente (in termini di servizi disponibili ed attivati: per tutti si pensi alla carenza di servizi per gli anziani).

Si arriva così al problema delle competenze; in presenza di una ulteriore crescita della complessità assistenziale, che deve oggi legare aspetti clinici con aspetti sociali in senso lato, che vanno dall'invecchiamento alla devianza, la chiara definizione del circuito competenza/responsabilità/controllo diviene oltremodo fondamentale.

Ad oggi esso è stato del tutto carente, basti vedere le assurde differenze ancora riscontrabili a livello territoriale in tema di strutture assistenziali extra-ospedaliere, ma anche nella organizzazione delle stesse strutture ospedaliere.

Non esiste alcuna evidenza che tali differenze rispecchino diversi bisogni della popolazione, o che rappresentino alternative efficienti l'una dell'altra. Piuttosto sono il risultato di una negoziazione fra poteri interni del Ssn senza verifica, né concomitante né a posteriori, per evidente carenza di chiarezza istituzionale dei ruoli (medico di base vs. medico specialista, Comune vs. Usl, Ospedale vs. strutture territoriali, etc.).

In definitiva rimane centrale il tema della rappresentanza dal cittadino. Il comparto come è noto è caratterizzato da forti asimmetrie informative che creano un rapporto medico/paziente, dove il primo è "agente" del secondo, e ciò di per sé è elemento di difficile gestione.

In questo senso l'esistenza di una informazione moderna ed esauriente (da non confondersi con pubblicità o propaganda del sistema) sempre più diverrà un fattore decisivo per passare da una assistenza solo clinicamente efficace ad una compiutamente efficace e rispondente ad una società moderna ed evoluta.

In questo campo siamo ancora lontani dalla soluzione: un cittadino meglio informato non solo sarà più sano, ma sarà anche miglior arbitro in un mercato dall'offerta sempre più composita, determinandone maggiore efficacia ed efficienza complessiva.

1. La classifica sullo stato di salute degli italiani: una analisi degli anni di vita persi per Usl

1.1. PREMESSA

L'analisi dell'operato dei servizi sanitari è usualmente condotta ponendo direttamente a confronto le risorse utilizzate (umane, strumentali, tecnologiche, organizzative ecc.) con le attività svolte (servizi di prevenzione, diagnosi, cura ecc.). La prima di queste grandezze è definita nella letteratura economica con la parola inglese *input*, parola che allude a ciò che "entra" nel processo produttivo; la seconda categoria è definita come *output*, ciò che esce "fuori", in termini di prodotti e servizi, dalla "fabbrica" della sanità. Da questa base prendono le mosse le analisi e le politiche di efficienza e produttività finalizzate a promuovere la buona gestione, la riduzione degli sprechi e in generale il miglioramento delle attività dei servizi.

In sanità esiste un ulteriore anello che si aggiunge alla catena produttiva *input* \Rightarrow *output*, completandola. Si tratta dell'*outcome*, il risultato in termini di salute e qualità della vita, obiettivi per raggiungere i quali le attività sanitarie in senso stretto, come un intervento chirurgico, una terapia farmacologica o un intervento di prevenzione, sono solo uno strumento, un passaggio intermedio. L'attenzione a questo ulteriore anello della catena *input* \Rightarrow *output* \Rightarrow *outcome* si traduce in indagini e politiche di efficacia e privilegia più gli aspetti sanitari che quelli aziendali, affrontando ed esplicitando il delicato problema delle scelte di priorità per meglio indirizzare le scarse risorse a disposizione.

Dopo la crisi del 1992, sotto la spinta della nuova legislazione di riforma della sanità e più in generale del pubblico impiego e di tutte le pubbliche amministrazioni, le maggiori attenzioni sono state poste sul primo binomio, cioè sul confronto fra risorse e attività. La rilevazione dei carichi di lavoro, le disposizioni sulla contabilità analitica per centri di costo e sulla programmazione per *budget*, la redazione di documenti di bilancio di tipo economico che superano i tradizionali rendiconti finanziari, il tentativo di controllo della spesa a livello di azienda sanitaria, di regione e nazionale segnano alcuni, almeno parziali successi, degli strumenti di monitoraggio e delle iniziative volte al miglioramento della produttività e dell'efficienza dei servizi. Sono disponibili dati utili ad affrontare queste problematiche, anche a livello territoriale; su questi dati si orientano le azioni politiche di miglioramento dell'efficienza e contenimento della crescita della spesa, e questi stessi dati sono usati per la verifica dei successi o degli eventuali

insuccessi aziendali conseguiti. Più in ritardo è il secondo binomio della catena accennata, quello che lega le attività dei servizi sanitari ai risultati in termini di salute e qualità della vita: l'attenzione all'efficacia dei servizi manca ancora, di fatto, di una valida base conoscitiva. È relativamente semplice conoscere il personale sanitario, le dotazioni strumentali e le attività svolte. Più complessa e opinabile è la rilevazione dello stato di salute, basti pensare al paradosso offerto dalle indagini multiscopo periodicamente condotte dall'Istat: tutti gli indicatori oggettivi dello stato di salute migliorano significativamente durante gli anni ottanta (la vita media è aumentata, la mortalità diminuita, ecc.) e, nonostante ciò, gli indicatori "soggettivi", cioè le opinioni degli intervistati circa il proprio stato di benessere dal punto di vista della salute, peggiorano visibilmente nelle diverse indagini che si sono succedute. Se poi dalle indagini di tipo nazionale si passa a quelle di livello territoriale, che dovrebbero orientare le politiche di efficacia, cioè la produzione di livelli di salute delle singole aziende sanitarie sul proprio territorio, i dati a disposizione sono ancora più modesti: mancano dati in positivo sulla salute ed i dati sulla morbosità (assenza di salute) sono limitati alle notifiche di malattie infettive, di dubbio valore conoscitivo, e poco altro. In particolare non sono stati ancora resi disponibili dal Ministero della Sanità i dati sulle schede di dimissione ospedaliera a livello di singolo istituto di cura, che costituiscono un patrimonio informativo enorme, atteso che i ricoverati sono diversi milioni ogni anno. In pratica i dati relativi alla mortalità (550 mila casi in Italia nel 1994) rimangono uno dei fondamentali indicatori di bisogno sanitario perché sono disponibili a livello territorialmente disaggregato (provinciale in Italia) e possono essere in qualche misura utilizzati dai servizi sanitari¹.

1.2. LA MORTALITÀ EVITABILE

L'associazione epidemiologica tra attività dei servizi sanitari e mortalità generale è di per sé, però, scarsamente significativa per orientarne le scelte operative perché gli eventi di morte avvengono per circa l'80% oltre la soglia dei 65 anni di età (mortalità cosiddetta normale). Una selezione dei dati di mortalità rispetto alle cosiddette cause "evitabili" di morte (intorno al 10% della mortalità generale in Italia) permette invece di evidenziare alcuni fenomeni più direttamente correlabili all'intervento dei servizi. Sin dal 1976 l'American Working Group diretto da D.D. Rutstein² ha elencato una lista di circa 80 cause di morte da considerare trattabili, e quindi evitabili, in conseguenza di interventi dei servizi sanitari. Rutstein propose "un nuovo metodo di misura della qualità dell'assistenza sanitaria che evidenzia i casi di malattia e disabilità non necessarie e delle morti non necessarie e prevenibili". Nella Relazione sullo stato sanitario del paese 1996 del Servizio studi e documentazione del Ministero della Sanità sono state considerate evitabili (sulla base del lavoro Tendenze della mortalità evitabile contenuto nel Rapporto sulla salute in Europa - Ediesse, Roma, 1995) le morti tra 5 e 64 anni di età dovute a tre gruppi di cause:

1) Sheldon TA: *Formula fever: allocating resources in the NHS. BMJ 1997, 315, 964*.

2) Rutstein DD - Berenberg W - Chalmers TC - Child CG - Fishman AP - Perrin EB: *Measuring the quality of medical care: second revision of table of indexes. NEJM 1980, 302, 1146-50*.

- il primo gruppo, legato alla prevenzione primaria, comprende sette cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenire le malattie (incidenti stradali, fumo, alcool, altre morti violente);
- il secondo gruppo, attribuibile a carenze di diagnosi precoce e terapia, è costituito da sei cause di morte evitabili; si tratta sostanzialmente di tumori che colpiscono le donne (mammella e collo dell'utero) e di patologie che colpiscono entrambi i generi o solo gli uomini, quali la malattia di Hodgkin e il tumore del testicolo, la cui mortalità può essere fortemente ridotta con una terapia precoce adeguata;
- infine il terzo gruppo rappresenta le morti evitabili con misure di igiene (comprese le vaccinazioni) e con una buona organizzazione sanitaria e comprende 14 cause di morte fra le quali le malattie infettive (le più rilevanti sono quelle intestinali, le epatiti virali e la tubercolosi), alcune cause di morte quali l'ulcera gastrica, l'appendicite, l'ernia, la mortalità materna e le mortalità legate a malfunzionamenti del sistema sanitario quali diagnosi non tempestiva, ritardi nel trasporto in ospedale, nel tempo di ricovero, nell'intervento clinico, eccetera.

Oltre che per l'Italia, esistono dati su base nazionale di mortalità evitabile per quanto riguarda l'Europa: Holland e collaboratori hanno pubblicato con il sostegno della Cee un atlante della mortalità evitabile per tutti i paesi europei. Anche Simonardo e collaboratori hanno pubblicato un recente lavoro sulla mortalità evitabile in Europa 1955-94.

1.3. LA MORTALITÀ EVITABILE STANDARDIZZATA

La mortalità evitabile, così come la mortalità generale, risulta direttamente influenzata dalla distribuzione per classi di età della popolazione. Si immagini il caso limite di due aree caratterizzate dagli stessi, uguali e identici livelli di mortalità per ciascuna singola classe di età: per semplicità, una mortalità bassa, es. 1 morto ogni 10 mila abitanti nel caso della popolazione giovanile (sotto i quindici anni) ed una mortalità molto elevata per la popolazione anziana (sopra i sessantacinque anni), es. un morto ogni 10 abitanti. Se però un'area ha una popolazione relativamente più giovane dell'altra (si ricorda che in Italia la Usl Napoli/2 ha 30 anziani ogni 100 giovani e la Usl di Bologna 320, dieci volte di più), la combinazione di uguali tassi di mortalità applicati a quote diverse di popolazione determina un differente indice di mortalità generale, che per questo motivo è definito tecnicamente tasso grezzo di mortalità ed ha un portato informativo e conoscitivo limitato.

Per ovviare a questo inconveniente, che altrimenti falserebbe l'indagine, si utilizza la cosiddetta tecnica di "standardizzazione" che consiste nell'utilizzare i tassi di mortalità effettivamente rilevati per ciascuna fascia di età applicandoli ad una popolazione con la medesima struttura (prendendo, come nel nostro caso, a riferimento quella nazionale). Il tasso standardizzato di mortalità così costruito, quello evitabile nella fattispecie, riflette quindi unicamente differenze di mortalità fra una area e l'altra, in quanto è per ciascun territorio utilizzata una medesima "popolazione tipo" in termini di struttura di età.

1.4. GLI ANNI DI VITA PERSI PER MORTALITÀ EVITABILE

La quantificazione della mortalità evitabile consente la valutazione di specifiche attività di intervento dei servizi sanitari finalizzate a contrastare questo fenomeno. Ciò può avvenire su base nazionale sebbene il livello locale costituisca, a parere di chi scrive, un ambito più idoneo ed immediato per orientare le decisioni di politica sanitaria.

Un primo contributo della ricerca, esposto in modo analitico nell'ambito del MESS², è la rappresentazione degli indicatori di mortalità evitabile standardizzata delle tre famiglie sopra ricordate, indicatori esposti per singola azienda sanitaria locale.

Un ulteriore contributo rispetto agli indicatori esposti nel MESS³ è l'utilizzo, ai fini della elaborazione della classifica 1999 sullo stato di salute della popolazione italiana, degli anni di vita persi per cause di morte "evitabili", anche questi elaborati su base standardizzata, in luogo dei semplici tassi di mortalità: gli anni di vita potenziale persi sono misurati come la differenza tra l'età reale alla morte di ciascun individuo deceduto nell'anno e l'età media alla morte della popolazione di riferimento nello stesso anno. Ciò permette di valutare in modo più drammatico il valore relativo di un evento morte per una persona giovane che "perde" un numero di anni di vita maggiore di una persona anziana. Si tratta quindi di un indicatore di mortalità prematura, noto in letteratura come YPLL (*years of potential life lost*) che evidenzia l'importanza relativa di quelle cause di morte che sottraggono alle persone molti anni di vita potenziale in confronto a malattie, anche assai diffuse, che portano generalmente a morte in età più avanzata.

Il calcolo dell'indicatore della classifica è effettuato raffrontando gli anni di vita persi per cause evitabili con il "potenziale" di anni di vita attesi della popolazione di riferimento. Tutta la popolazione italiana nel 1994 aveva un potenziale complessivo di anni di vita attesa rispetto all'età media alla morte di oltre due miliardi di anni (cfr. schema "A"). Per l'intera nazione, i circa 60 mila casi di morte per cause evitabili del 1994 hanno comportato 1,35 milioni di anni di vita perduta. Raffrontando i due fenomeni, è possibile affermare che in Italia nel 1994 sono 66 ogni 100 mila gli anni potenziali che sono andati persi per cause di morte evitabile. Il medesimo calcolo è effettuato per ciascuna delle Aziende sanitarie locali italiane (in modo aggregato per quelle delle quattro aree metropolitane) e l'analisi di dettaglio è riportata nell'Appendice 2 in coda al volume.

1.5. AVVERTENZE ALLA LETTURA

Lo sforzo di costruire questo strumento conoscitivo è finalizzato in primo luogo, pur non trascurandone la correttezza metodologica, a rendere l'indicatore leggibile e confrontabile, e ciò ha comportato la rinuncia ad alcuni approfondimenti ulteriori che tenessero conto del fatto che l'età media

² *Modello di Epidemiologia dei Servizi Sanitari dell'Osservatorio sui Servizi Sanitari dell'Università di Roma Tor Vergata, disponibile nel CD-ROM allegato al presente volume.*

³ *Fanno eccezione le aree metropolitane di Roma, Milano, Torino e Venezia di cui non si posseggono dati disaggregati per Usl, in quanto i dati di mortalità utilizzati nella ricerca non scendono al di sotto del livello comunale.*

Schema "A" - Calcolo della classifica dello stato di salute in Italia. Dati di sintesi ⁽¹⁾

	NUMERO DI DECESSI			ANNI EVITAB. PERDUTI		ANNI POTENZIALI		CLASSIFICA (A) / (B) x 100.000
	CAUSE EVITABILI	ALTRE CAUSE	TOTALE DECESSI	TOTALE	STANDARD.(A)	TOTALE	STANDARD. (B)	
Minimo	18	202	220	371	382	474.284	516.603	41,7
Percentile 5°	78	709	799	1.789	1.785	2.674.711	2.780.535	52,6
Totale nazionale	58.834	494.145	552.979	1.341.621	1.346.888	2.033.758.759	2.033.758.759	66,2
Percentile 95°	563	4.484	4.961	12.268	13.637	23.054.718	21.457.259	88,0
Massimo	2.796	22.304	25.100	61.481	58.670	94.577.689	97.431.499	114,4

(1) L'analisi di dettaglio per Usl è riportata nell'appendice 2.3 in coda al volume.

I valori del minimo, massimo, 5° e 95° percentile si riferiscono alla distribuzione riportata nella Tav.1 alla fine del capitolo

alla morte differisce in misura significativa fra un'area e l'altra del Paese, fra le diverse classi di età e fra i due sessi (basti ricordare che un sessantenne ha una speranza di vita relativamente più elevata di un ventenne e l'età media alla morte delle donne è significativamente più alta di quella degli uomini).

Va poi chiaramente ed esplicitamente sottolineato che il riferimento ad ambiti territoriali limitati permetterebbe analisi statistiche più robuste se condotte su un numero di osservazioni maggiore di quella scelta, per esempio la media di almeno un triennio utilizzando i dati 1992-94.

Lo strumento elaborato è tuttavia finalizzato a monitorare annualmente l'andamento della mortalità evitabile. Si propone cioè lo scopo squisitamente epidemiologico di segnalare all'attenzione degli operatori sanitari un rilevante evento sentinella sulla base del quale impostare opportune politiche sanitarie e verificarne l'efficacia. Per fare un esempio tratto dalla stampa quotidiana, le morti del sabato sera possono rappresentare una casistica che oscilla fortemente e pochi eventi possono drammaticamente esaltare il fenomeno se si analizza una casistica numericamente limitata quale quella di una Usl. Un pieno rigore scientifico, quindi, richiederebbe una analisi volta a quantificare i livelli "normali" del fenomeno su basi pluriennali, ma l'esigenza di prendere decisioni operative non può prescindere dal dato congiunturale, sia pure letto con le opportune cautele. Il dato congiunturale è sicuramente meno "scientifico" e consistente. Tuttavia, come diceva J.M. Keynes, padre della politica economica che porta il suo nome, "nel lungo periodo saremo [inevitabilmente ndr] tutti morti". Impostare una "classifica" dello stato di salute in Italia sulla mortalità evitabile è alla luce di tutto ciò un tentativo, sicuramente originale in Italia, di stimolare il dibattito su alcune possibilità concrete. In base a dati già oggi disponibili, prodotti dall'Istituto Nazionale di Statistica e quindi verificabili, è possibile valutare fenomeni, decidere concrete politiche sanitarie e infine ipotizzare di verificare in pochi anni se e come tali politiche abbiano inciso sulla realtà.

Le tavole della classifica vedono le seguenti sezioni (cfr. schema "B"):

a. *Rango* – indica la posizione in classifica di ciascuna Azienda Usl.

b. *Azienda USL* – denominazione della Usl completata dall'indicazione della regione di appartenenza e dei tre comuni più grandi in termini di popolazione, esposti in ordine decrescente (es. la Usl di Prato vede Prato come comune più popoloso, seguito da Montemurlo e Camignano).

c. *Totale (anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali)* – sono i valori sulla base dei quali è costruita la classifica.

d. *Analisi per causa evitabile* – è la disaggregazione del totale secondo le

classiche componenti individuate da Rutstein e riprese nella Relazione sullo stato sanitario del paese 1996; la somma delle tre componenti restituisce il totale su cui è elaborata la classifica; ad esempio nel caso di Prato dei 41,7 anni persi 26,4 sono dovuti a cause che si sarebbero potute evitare con interventi di prevenzione primaria (es. miglioramento degli stili di vita), 3,7 con interventi di diagnosi precoce e terapia (es. mammografia) e 11,7 con interventi di igiene e assistenza sanitaria (es. vaccinazioni); e. *Analisi per causa di morte* – è la disaggregazione del totale secondo le più rilevanti fra le macro-cause di morte previste dalla classificazione nosologica (tumori evitabili, sistema circolatorio evitabile, traumatismi e avvelenamenti, questi ultimi “evitabili” per definizione); questa disaggregazione è stata scelta per accentuare la comprensibilità del fenomeno e meglio guidare, quindi, il suggerimento di azioni di intervento correttivo; di nuovo la somma di queste tre componenti e della voce residuale “altre cause” restituisce il totale che fa la classifica.

Schema "B" - Anni di vita persi per mortalità evitabile: quadro di sintesi nazionale.
Anno 1994. Valori per 100.000 anni potenziali^{(1) (2)}.

	VALORI NAZIONALI	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
		PREV. PRIMARIA	DIAGN. PR. E TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
Minimo	41,7	25,3	2,8	6,4	12,4	6,3	9,6	-
Percentile 5°	52,6	31,2	3,9	11,6	16,2	10,6	14,3	1,7
Media nazionale	66,2	42,7	7,2	16,3	23,4	16,4	22,9	3,6
Percentile 95°	88,0	63,9	10,4	21,9	31,8	22,4	40,4	6,2
Massimo	114,4	84,7	13,2	25,3	39,0	30,1	50,4	10,5

(1) L'analisi di dettaglio per Usl è riportata nelle tavole della classifica in coda a questo capitolo.

I valori del minimo, massimo, 5° e 95° percentile si riferiscono alla distribuzione riportata nella Tav.1 alla fine del capitolo

(2) I valori minimo, percentile 5°, percentile 95° e massimo, si riferiscono, per ciascuna singola colonna, alla Usl che ha evidenziato rispettivamente il valore più basso, alla Usl posizionata al 5° percentile e così via.

Lo scenario che emerge dai dati è inedito e solo per alcuni versi conosciuto. Si tratta di un quadro multidimensionale e complesso che si presta, come tale, a diversi tagli di lettura. Il primo e più rilevante, trattandosi di un Atlante sanitario, è la consultazione del lettore, sia esso operatore impegnato sul campo che studioso, che deve essere messo in grado di ritrovare il proprio personale “filo di Arianna” per comprendere, valutare ed approfondire secondo diversi spaccati di ciascuna realtà territoriale:

- la classifica vera e propria presentata in questo capitolo;
- l'analisi dell'età media alla morte (appendice 2.1) e del livello di mortalità standardizzato (appendice 2.2) la cui combinazione dà luogo all'indicatore della classifica; in quanto gli anni di vita persi in una specifica Usl sono tanto più numerosi quanto più aumenta la numerosità del fenomeno e quanto più bassa è l'età media alla morte;
- l'analisi del percorso di calcolo seguito, che parte dal numero di decessi assoluto (per cause evitabili e in totale), passa per la quantificazione degli anni di vita persi (e la relativa standardizzazione) a confronto con gli anni di vita potenziali della popolazione di riferimento (e relativa standardizzazione) per arrivare infine, attraverso il rapporto tra questi indicatori, all'indice della classifica; le relative tabelle sono raccolte nell'appendice 2.3;
- il confronto con gli indicatori del MESS di funzionamento dei servizi

sanitari e di contesti socio-demografici ed economici, sia sul tradizionale supporto cartaceo (questo volume) che nella versione multimediale del CD-ROM o utilizzando le tecniche di posizionamento e di grafica offerte dal modello informatizzato di epidemiologia dei servizi sanitari, il MESS, predisposto dall'Osservatorio sui servizi sanitari della Università di Roma Tor Vergata e che può essere liberamente e facilmente trasportato sul proprio computer dallo stesso CD-ROM.

1.6. L'ETÀ MEDIA ALLA MORTE PER CAUSE EVITABILI

La tabella di sintesi riportata nello schema "C" acquista un certo interesse nella classifica di Prometeo, perché gli anni di vita persi per cause evitabili sono tanti di più quanto più prematura è l'età della morte. I dati dettagliati per ciascuna Usl sono riportati nella appendice 1 in coda al volume. Lo schema di sintesi permette però di sottolineare come, sia per tumore evitabile che per problemi al sistema cardiocircolatorio, si muoia in Italia nel 1994 a 55 anni di età, mese più mese meno, e che nel 90% delle Usl italiane, cioè quelle comprese fra il 5° ed il 95° percentile, l'età di morte va da 53 a 57 anni, un campo di variazione piuttosto ristretto. In altre parole, quindi, una morte evitabile per tumore o problema del sistema cardiocircolatorio comporta in media 10 anni perduti, mentre una morte per incidente ne fa perdere, sempre in media, ben 37, quasi 4 volte tanto.

1.7. IL TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ EVITABILE 0-74 ANNI

La classifica di Prometeo utilizza nel metodo di calcolo anche i più noti

Schema "C" - Mortalità evitabile per Usl: età media alla morte ^{(1) (2)}

	VALORI NAZIONALI	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
		PREV. PRIMARIA	DIAGN. PR. E TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
Minimo	45,5	38,6	44,3	48,0	49,8	51,7	29,7	35,5
Percentile 5°	48,3	45,6	48,9	51,8	53,1	53,7	33,7	43,0
Media nazionale	51,4	49,6	52,6	54,6	55,1	55,8	38,1	51,7
Percentile 95°	53,3	52,2	55,7	57,0	56,8	57,5	42,7	57,9
Massimo	54,3	53,7	58,3	58,7	57,9	59,7	53,7	60,2

(1) L'analisi di dettaglio per Usl è riportata nelle tavole della classifica in coda a questo capitolo.

I valori del minimo, massimo, 5° e 95° percentile si riferiscono alla distribuzione riportata nella Tav.1 alla fine del capitolo

(2) I valori minimo, percentile 5°, percentile 95° e massimo, si riferiscono, per ciascuna singola colonna, alla Usl che ha evidenziato rispettivamente il valore più basso, alla Usl posizionata al 5° percentile e così via.

tassi di mortalità standardizzata, riportati in dettaglio nell'appendice 2 in coda al volume (cfr. schema "D"). Questi tassi sono calcolati utilizzando come base di riferimento la popolazione tipo 0-74 anni italiana. La scelta di utilizzare questo universo, in luogo di tutta la popolazione o della sola popolazione 5-64 anni, cioè quella strettamente legata alla mortalità evitabile, deriva dalla necessità di mettere a confronto i due insiemi dei morti evitabili e della intera popolazione fino all'età media alla morte, in Italia di circa 75 anni nel 1994, oltre che per il fatto che la mortalità 0-74 anni è frequentemente utilizzata nella letteratura specialistica e costituisce un tipico riferimento dei dati resi noti dall'Istat su questo argomento.

1.8. AI VERTICI DELLA CLASSIFICA

Con poco più di 40 anni persi per cause evitabili ogni 100 mila potenzia-

Schema "D" - Mortalità evitabile per Usl: tassi standardizzati di mortalità 0-74 anni. Anno 1994. Valori per 100 mila abitanti^{(1) (2)}

	VALORI NAZIONALI	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
		PREV. PRIMARIA	DIAGN. PR. E TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
Minimo	77,4	41,1	4,0	12,7	23,1	15,8	9,9	-
Percentile 5°	88,7	48,4	7,2	21,5	32,3	22,2	15,1	2,9
Media nazionale	110,4	66,0	12,6	31,7	46,5	33,7	24,1	6,1
Percentile 95°	142,3	93,2	18,6	42,8	64,4	45,0	41,0	10,0
Massimo	190,4	133,0	26,1	52,0	84,3	57,0	51,9	17,0

(1) L'analisi di dettaglio per Usl è riportata nelle tavole della classifica in coda a questo capitolo.

I valori del minimo, massimo, 5° e 95° percentile si riferiscono alla distribuzione riportata nella Tav.1 alla fine del capitolo

(2) I valori minimo, percentile 5°, percentile 95° e massimo, si riferiscono, per ciascuna singola colonna, alla Usl che ha evidenziato rispettivamente il valore più basso, alla Usl posizionata al 5° percentile e così via.

li, Prato, una delle neonate province italiane, figura al primo posto della classifica di Prometeo 1999, elaborata sulla base degli ultimi dati territoriali resi disponibili dall'Istat (1994). Perché una zona industriale nelle immediate vicinanze di Firenze e non, ad esempio, una meta turistica dell'Alto Adige (es. Brunico, 178ma) o della Valle d'Aosta, penultima? O posti come Rimini e Riccione (79mo posto), o Ravenna (81mo), o Urbino (143mo)?

Per un semplice ed incontestabile motivo: Prato ha avuto nell'anno meno morti evitabili o, per essere più precisi, un combinato età alla morte/causa di morte più favorevole, sia pure di poco, di tutte le restanti realtà italiane:

- a confronto con i 41,7 anni ogni 100 mila potenziali persi a Prato, Rimini e Riccione ne perdono quasi il 50% in più e lo stesso accade per Ravenna, si arriva al 70% in più ad Urbino, a quasi il 90% a Brunico, addirittura e sorprendentemente al 150% in più in Val d'Aosta;
- in effetti Prato ha brillato nel risultato di squadra, perché nessun'altra realtà italiana eguaglia o migliora il suo record complessivo;
- non si può dire lo stesso delle singole voci; secondo l'analisi per causa evitabile, è seconda in termini di prevenzione primaria, dopo Salerno/3, ottava in termini di diagnosi precoce e terapia, dopo Lanusei, Senigallia, Chieti, Pesaro, Carbonia, Crotona e Macerata, e quattordicesima per le morti evitabili con interventi di igiene e assistenza sanitaria (prima in questa categoria è Adria); secondo l'analisi per causa di morte, è terza in termini di tumori evitabili, dopo Rieti e L'Aquila, 33ma per morti legate al sistema cardiocircolatorio e settima per morti legate ad incidenti.

Prato svetta in testa alla classifica con ben 6 anni di vantaggio sulla seconda classificata, Civitanova Marche, che perde 47,7 anni ogni 100 mila potenziali. Seguono da molto vicino, con differenze inferiori all'anno una dall'altra, Jesi, ancora nelle Marche, Bari/3 (provincia di Bari), Salerno/3 (provincia di Salerno) e Fano, ancora nelle Marche.

Con uno scalino di due anni vengono poi Rieti, Chieti e quindi ancora due Usl marchigiane, Ancona e San Benedetto del Tronto, che chiude il decimo posto della classifica.

In sintesi, nelle prime 10 posizioni si allineano ben 5 realtà marchigiane (una su due) seguite, da nord a sud, da una realtà toscana come Prato,

una abruzzese (Chieti), una del Lazio (Rieti), una campana (Salerno/3) ed una pugliese (Bari/3).

1.9. LE SEZIONI CRITICHE DELLA CLASSIFICA

Fanalino di coda della classifica, con quasi sette anni di svantaggio sulla penultima, è la Usl Alto Friuli, che si attesta ad un totale di 114,4 anni persi ogni 100 mila potenziali, a 73 anni di distanza da Prato. Perché un risultato così infausto? Si tratta di 84,7 anni persi ogni 100 mila per cause evitabili legate alla prevenzione primaria, soprattutto alcool, tabacco e incidenti mortali; in misura minore per morti legate alla diagnosi precoce e terapia (10,4 anni) e alla igiene ed assistenza sanitaria, cioè tipicamente a morti per malattie infettive o a morti come quella materna da parto o per infezione ospedaliera, legate, almeno in teoria, a malfunzionamenti dei servizi sanitari (19,2 anni). La analisi per causa classica aiuta ad approfondire in certa misura questo caso. Salta immediatamente agli occhi l'elevato livello di anni persi per incidenti e in genere morti violente, 42,9 anni contro una media nazionale di 24,1. Da solo questo dato spiega circa la metà della voce prevenzione primaria. Ma sono da aggiungere ancora 39 anni ogni 100 mila persi per tumori evitabili contro una media nazionale di 23,4 (si tratta del valore più elevato riscontrato in Italia nell'anno) e ancora quasi 28 anni per cause evitabili legate al sistema cardiocircolatorio, in particolare infarto al miocardio, valore questo molto vicino al massimo nazionale di 30 anni della Usl Alto Molise (class. 158).

La coda della classifica, a parte poche eccezioni, è però dominata dall'Italia del nord-ovest, dal triangolo Piemonte/Lombardia/Valle d'Aosta con ben 10 Usl nella zona critica delle ultime quindici posizioni: Breno, Sondrio, Lodi, Pavia e Ostiglia per la Lombardia, Aosta in penultima posizione, Mondovì, Savigliano, Alba e Cuneo per il Piemonte. Si tratta di zone con livelli relativi elevati o elevatissimi di mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria (la soglia minima è Ostiglia, con 58,3 anni persi su una media nazionale di 42,7), dove tumori evitabili e soprattutto morti per incidenti violenti sono ai livelli più elevati.

1.10. IL LIVELLO DI LETTURA GENERALE

Alcuni aspetti, scorrendo la classifica, saltano immediatamente all'occhio. L'esercizio più semplice è che bisogna arrivare al diciottesimo posto per rintracciare un territorio del nord dell'Italia; più in dettaglio, 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 e che suggerisce una sorta di polarizzazione determinata da una maggiore incidenza relativa in queste aree di tumori evitabili, di morti evitabili legate al sistema cardiocircolatorio (in primo luogo infarti), di incidenti traumatici (morti sulla strada, sul lavoro, eccetera). È poi opportuno attirare l'attenzione sul fatto che le prime posizioni della classifica sono caratterizzate da un livello modesto di anni perduti in tutte le voci considerate e allo stesso modo gli ultimi posti hanno

valori critici pressoché generalizzati nelle diverse articolazioni, come se vi fosse, agli estremi della classifica, una sorta di consonanza fra i diversi spaccati di mortalità evitabile, che sembrano forse risentire di un più generalizzato impatto socio-ambientale ed assistenziale.

L'aspetto di carattere generale e di maggior rilievo è però la grande variabilità e dispersione della classifica. La Toscana, che con Prato vanta la realtà migliore, ha Firenze al ventunesimo posto, Siena al sessantunesimo e Grosseto al 153esimo. Il Friuli, fanalino di coda con il territorio della Usl Alto Friuli, ha la Usl Triestina quasi 150 posizioni più in alto nella classifica. La Campania ha la Usl di Salerno/3 (in provincia di Salerno, con comuni più popolosi Capaccio, Agropoli e Sala Consilina) al quinto posto della classifica, ma la Usl di Salerno città (Salerno/2) al settantunesimo e la Caserta/2 (provincia di Caserta) un filo sotto il 200esimo. Per continuare, Roma (area metropolitana per il fatto che i dati non sono disaggregabili per quartiere e quindi per Usl) è al cinquantesimo posto, ma Torino 50 posti più in basso. Gli esempi possono continuare a lungo: la Lombardia, che pur copre con ben 10 Usl le ultime 25 posizioni della classifica, ha Cinisiello Balsamo e Monza intorno al ventesimo posto; le Marche hanno cinque delle prime 10 posizioni (una su due, decisamente un fatto non trascurabile), ma Fabriano all'ottantesimo posto e Urbino al 143esimo.

Si tratta quindi di un lavoro inutile, di un caos in cui la confusione regna sovrana? Probabilmente, se l'argomento fosse meno serio di quello che è, questa conclusione sarebbe invitante e in qualche modo rassicurante, se non si trattasse di 50 mila morti l'anno.

Ma esiste anche un'altra faccia della medaglia per leggere questi dati solo apparentemente disordinati ed è la osservazione che si tratta, proprio come aveva intuito Rutstein, di morti "evitabili", non di fatalità strutturali ed ineluttabili. Il fatto che esista una così elevata variabilità è, occorre prenderne atto, in primo luogo ciò che la classifica vuole sottolineare: la necessità di interventi correttivi graduati diversamente da area ad area.

Senza la visibilità del fenomeno, in presenza di drastiche necessità di controllo dell'equilibrio finanziario e della buona gestione di carattere aziendalistico, questi interventi rimangono l'effetto di un generico e per questo meno incisivo impegno per la salute, in pratica ad una navigazione a vista, non ad un impegno strategico specifico, orientato e verificabile nel tempo.

Invece la grande variabilità osservata anche fra aree molto vicine, pur con tutte le cautele interpretative ricordate nel testo, sta proprio ad indicare che è possibile intervenire attivamente e con speranze concrete di riuscita ed è probabilmente qui che sta il significato più profondo della classifica sullo stato di salute di Prometeo nella edizione 1999: indicare all'azione dei servizi obiettivi praticabili e, soprattutto, raggiungibili almeno nel medio periodo.

1.11. LA CLASSIFICA E IL SETTORE FARMACEUTICO

La quantificazione dell'efficacia del consumo farmaceutico, e quindi la valutazione dei benefici derivanti dalla spesa farmaceutica è resa difficile dalla quasi totale assenza di dati sulla morbosità a livello nazionale.

La disponibilità di una classifica, che in termini di mortalità evitabile fornisce una innovativa indicazione dello stato di salute della popolazione, permette di tentare una prima stima in tal senso.

Nel capitolo 4 è riportato uno studio più generale finalizzato a verificare il “posizionamento” del farmaco all’interno di un più ampio set di variabili socio-sanitarie ed economiche.

In tale studio il primo quesito al quale si è tentato di dare risposta è quello dell’impatto del farmaco (o meglio del suo consumo) relativamente agli anni persi che sono il fondamento della classifica.

L’indagine statistica, svolta mediante regressione del consumo farmaceutico standardizzato pro-capite in valore rispetto agli anni persi per mortalità evitabile, sembra in effetti suggerire che un maggiore consumo sia associato ad un minore numero di anni persi pro-capite (rimandiamo al capitolo 4 per una disamina dei coefficienti stimati).

Sebbene il risultato necessiti di ulteriori approfondimenti per verificarne la stabilità, incoraggia quindi nell’analisi del ruolo del farmaco come “investimento in salute”.

Tav 1.1. - Classifica dello stato di salute in Italia: anni perduti per cause evitabili ogni 100.000 potenziali

RANGO	AZIENDA USL (1)	REGIONE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE				ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
			TOTALE	PREV. PRIMARIA	DIAGN. PRE. TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIAC.	TRAUMAT. E AWEL.	ALTRE CAUSE
1	Prato (Prato - Montemurlo - Carmignano)	TOS	41,7	26,4	3,7	11,7	14,0	13,1	12,6	2,1
2	Civitanova Marche (Civitanova M. - Recanati - Potenza Picena)	MAR	47,7	31,4	7,1	9,2	20,2	9,2	17,1	1,2
3	Jesi (Jesi - Cingoli - Filottrano)	MAR	48,4	33,1	5,7	9,6	15,7	12,9	19,1	0,7
4	Bari / 3 (Altamura - Gravina in Puglia - Santeramo in Colle)	PUG	49,3	29,2	8,0	12,1	15,4	14,8	17,1	2,0
5	Salerno / 3 (Capaccio - Agropoli - Sala Consilina)	CAM	49,5	25,3	5,5	18,7	16,5	17,7	11,7	3,5
6	Fano (Fano - Mondolfo - Fossombrone)	MAR	49,7	28,1	9,2	12,4	17,5	9,9	20,0	2,4
7	Rieti (Rieti - Fara in Sabina - Cittaducale)	LAZ	51,7	30,8	3,8	17,1	12,4	16,9	19,1	3,3
8	Chieti (Chieti - Francavilla al Mare - Ortona)	ABR	51,8	32,5	3,1	16,1	15,9	13,4	17,7	4,7
9	Ancona (Ancona - Falconara Marittima - Osimo)	MAR	51,8	33,3	7,1	11,5	16,7	11,9	21,0	2,2
10	S. Benedetto d/T (S. Benedetto d/T - Grottammare - Monteprandone)	MAR	52,0	27,9	11,5	12,6	21,0	13,7	14,3	2,9
11	Avellino / 2 (Avellino - Atripalda - Solofra)	CAM	52,1	27,5	4,7	19,8	18,3	16,8	12,8	4,2
12	Foggia / 1 (S. Severo - S. Giovanni Rotondo - Sannicandro Gargan.)	PUG	52,8	34,2	7,7	10,9	20,1	12,8	17,1	2,8
13	Pentria (Isernia - Venafro - Frosolone)	MOL	53,0	29,4	3,6	20,0	18,0	16,9	14,3	3,9
14	Macerata (Macerata - Tolentino - Corridonia)	MAR	53,5	37,9	5,5	10,1	15,4	10,6	25,6	1,9
15	Pescara (Pescara - Montesilvano - Spoltore)	ABR	53,6	30,9	6,6	16,1	18,8	14,4	16,2	4,2
16	Cosenza (Cosenza - Rende - Acri)	CAL	53,7	32,5	4,9	16,3	19,0	17,5	14,4	2,8
17	Lecce / 2 (Casarano - Gallipoli - Tricase)	PUG	54,1	35,8	6,3	11,9	19,6	13,7	18,4	2,5
18	Cinisello (Sesto S. Giovanni - Cinisello Balsamo - Cologno Monz.)	LOM	54,5	34,7	7,8	12,0	28,0	12,0	11,3	3,3
19	Fermo (Fermo - Porto Sant'Elpidio - Porto S. Giorgio)	MAR	55,0	33,5	3,8	17,7	18,0	17,9	17,4	1,7
20	Trapani (Marsala - Trapani - Mazara del Vallo)	SIC	55,1	32,6	7,1	15,3	18,7	13,4	18,6	4,3
21	Firenze (Firenze - Scandicci - Sesto Fiorentino)	TOS	55,3	35,3	7,0	13,0	23,9	10,4	17,7	3,3
22	Monza (Monza - Lissone - Brugherio)	LOM	55,4	30,5	7,7	17,3	22,0	17,3	13,3	2,9
23	Genovese (Genova - Arenzano - Recco)	LIG	55,6	33,8	7,8	14,0	23,8	13,7	15,0	3,1
24	Ragusa (Ragusa - Vittoria - Modica)	SIC	55,7	32,4	6,1	17,2	18,3	15,7	19,5	2,3
25	Messina (Messina - Barcellona Pozzo di Gotto - Milazzo)	SIC	56,3	34,1	6,9	15,4	21,2	15,9	15,8	3,3
26	Napoli / 5 (Torre del Greco - Castellammare di Stabia - Portici)	CAM	56,6	29,7	7,2	19,7	25,1	17,8	9,6	4,0
27	Bari / 4 (Bari - Bitonto - Modugno)	PUG	56,7	35,6	6,4	14,7	17,8	14,1	21,9	2,8
28	Pieve di Soligo (Conegliano - Vittorio Veneto - Susegana)	VEN	56,8	39,0	5,7	12,1	22,0	14,0	19,8	1,1
29	Bari / 1 (Andria - Corato - Canosa di Puglia)	PUG	56,9	38,2	4,0	14,7	18,3	15,6	20,1	3,0
30	Lagonegro (Lauria - Senise - Lagonegro)	BAS	57,0	33,2	7,8	16,0	17,3	19,1	18,5	2,1
31	Roma / H (Velletri - Pomezia - Anzio)	LAZ	57,1	35,9	5,5	15,7	21,5	14,6	18,2	2,7
32	Potenza (Potenza - Avigliano - Sant'Arcangelo)	BAS	57,1	34,8	5,5	16,8	16,3	18,2	17,7	4,9
33	Bari / 2 (Barletta - Molfetta - Trani)	PUG	57,2	35,8	8,4	12,9	23,0	11,9	20,3	2,0
34	Empoli (Empoli - S. Miniato - Fucecchio)	TOS	57,7	34,7	7,5	15,5	23,0	10,3	20,1	4,3
35	Crotone (Crotone - S. Giovanni in Fiore - Cirò Marina)	CAL	58,0	36,8	3,6	17,7	16,6	19,4	17,6	4,5
36	Perugia (Perugia - Assisi - Bastia)	UMB	58,1	36,9	6,3	14,9	18,9	14,8	21,8	2,6
37	Merate (Merate - Casatenovo - Missaglia)	LOM	58,2	34,8	5,8	17,6	22,5	13,7	18,1	3,9
38	Venezia - Mestre (VENEZIA (*))	VEN	58,6	42,7	6,9	8,9	26,8	9,4	18,1	4,2
39	Benevento (Benevento - Montesarchio - Sant'Agata de' Goti)	CAM	58,7	34,6	4,9	19,3	16,4	19,4	18,1	4,9
40	Sanluri (Villacidro - Guspini - S. Gavino Monreale)	SAR	58,8	37,0	7,7	14,1	20,1	14,5	18,8	5,4
41	Matera (Matera - Bernalda - Montescaglioso)	BAS	58,9	35,7	7,0	16,3	20,2	15,3	19,5	3,9
42	Foligno (Foligno - Spoleto - Gualdo Tadino)	UMB	59,2	42,2	5,5	11,5	17,5	13,3	26,5	1,9
43	Spezzino (La Spezia - Sarzana - Lerici)	LIG	59,2	34,7	11,2	13,4	28,8	14,0	15,1	1,3
44	Reggio nell'Emilia (Reggio nell'Emilia - Scandiano - Correggio)	EMR	59,4	42,5	4,5	12,3	19,3	12,4	24,9	2,8
45	Pistoia (Pistoia - Quarrata - Montecatini-Terme)	TOS	59,4	36,5	10,4	12,5	25,2	14,5	17,8	2,0
46	Rho (Rho - Lainate - Cornaredo)	LOM	59,5	37,3	5,5	16,7	24,6	17,3	15,3	2,3
47	Pisa (Pisa - Cascina - S. Giuliano Terme)	TOS	59,8	41,3	5,3	13,2	21,6	12,7	23,3	2,2
48	Livorno (Livorno - Piombino - Rosignano Marittimo)	TOS	59,9	36,0	8,9	14,9	26,3	14,1	17,6	1,9
49	Napoli / 2 (Giugliano in Campania - Pozzuoli - Marano di Napoli)	CAM	60,0	33,1	6,1	20,7	25,4	20,7	10,7	3,3
50	Roma (AM) (ROMA (*))	LAZ	60,2	35,3	7,5	17,4	23,5	15,5	17,0	4,3
51	L'Aquila (L'Aquila - Monteleone - Tornimparte)	ABR	60,2	38,4	3,7	18,1	12,8	21,2	21,8	4,5
52	Avellino / 1 (Ariano Irpino - Mirabella Eclano - Grottaminarda)	CAM	60,2	34,7	7,3	18,2	21,4	16,0	17,2	5,6
53	Avezzano / Sulmona (Avezzano - Sulmona - Celano)	ABR	60,4	33,8	6,5	20,1	20,5	18,7	17,6	3,6
54	Ascoli Piceno (Ascoli Piceno - Folignano - Castel di Lama)	MAR	60,5	36,3	6,8	17,4	17,8	15,6	21,8	5,2
55	Agrigento (Agrigento - Licata - Sciacca)	SIC	60,7	36,8	6,3	17,6	20,3	14,7	22,1	3,7
56	Teramo (Teramo - Giulianova - Roseto degli Abruzzi)	ABR	60,9	40,5	5,0	15,4	17,7	15,7	23,5	4,0
57	Terni (Terni - Narni - Amelia)	UMB	60,9	37,8	6,4	16,7	17,2	20,3	21,3	2,1
58	Cantù (Cantù - Mariano Comense - Erba)	LOM	61,0	42,4	7,8	10,9	23,3	10,3	24,1	3,4
59	Frosinone (Frosinone - Cassino - Sora)	LAZ	61,1	37,5	6,3	17,3	20,1	17,5	20,6	2,8
60	Foggia / 2 (Manfredonia - Cerignola - Orta Nova)	PUG	61,2	42,6	6,9	11,7	18,8	13,5	25,9	2,9
61	Siena (Siena - Poggibonsi - Colle di Val d'Elsa)	TOS	61,2	40,7	7,2	13,3	24,1	14,7	20,2	2,2
62	Milano (AM) (MILANO (*))	LOM	61,4	37,5	8,7	15,2	24,9	15,0	17,8	3,7
63	Palmi (Palmi - Gioia Tauro - Taurianova)	CAL	61,4	41,5	5,0	15,0	17,3	16,1	24,0	4,1
64	Adria (Adria - Porto Viro - Porto Tolle)	VEN	61,6	50,3	4,9	6,4	28,3	6,3	23,8	3,1
65	Lanciano / Vasto (Lanciano - Vasto - S. Salvo)	ABR	61,6	37,4	8,2	16,0	19,8	15,0	23,0	3,8
66	Bari / 5 (Monopoli - Putignano - Gioia del Colle)	PUG	61,6	42,0	8,9	10,7	20,3	10,3	28,5	2,6
67	Lucca (Lucca - Capannori - Altopascio)	TOS	61,7	43,1	6,6	12,0	22,6	14,2	21,8	3,1
68	Lamezia Terme (Lamezia Terme - Curinga - Nocera Tirinese)	CAL	61,7	38,8	5,7	17,2	21,4	11,0	23,3	6,1
69	Palermo (Palermo - Bagheria - Monreale)	SIC	62,1	36,6	7,1	18,4	21,5	18,1	19,1	3,5
70	Siracusa (Siracusa - Augusta - Avola)	SIC	62,4	36,1	9,2	17,1	20,6	17,4	20,0	4,4
71	Salerno / 2 (Salerno - Cava de' Tirreni - Battipaglia)	CAM	62,4	35,9	7,8	18,7	24,1	19,0	15,2	4,0
72	Napoli / 3 (Casoria - Afragola - Arzano)	CAM	62,6	35,8	6,4	20,4	26,0	21,2	10,7	4,6
73	Triestina (Trieste - Muggia - Duino-Aurisina)	FVG	62,6	40,1	9,1	13,4	27,6	13,5	17,0	4,5
74	Lecce / 1 (Lecce - Nardo - Galatina)	PUG	62,6	42,1	7,1	13,3	24,1	12,4	22,6	3,5
75	Pesaro (Pesaro - Novafeltria - Sant'Angelo in Lizzola)	MAR	62,7	41,7	3,3	17,7	15,8	16,9	25,8	4,2

(*) AM = area metropolitana (vedi nota a pagina 35)

segue Tav. 1 - Classifica sullo stato di salute degli italiani - Aziende USL

RANGO	AZIENDA USL (1)	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
				PREV. PRIMARIA	DIAGN. PRE TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
segue										
76	Reggio Calabria (Reggio C. - Villa S. Giov. - Bagnara Calabria)	CAL	62,8	38,4	7,1	17,3	18,2	16,6	25,7	2,3
77	Legnago (Legnago - S. Giovanni Lupatoto - Cerea)	VEN	63,0	40,2	4,2	18,6	20,7	19,2	19,3	3,9
78	Cernusco (Segrate - Piolto - Cernusco sul Naviglio)	LOM	63,0	39,9	7,0	16,1	25,2	16,7	18,4	2,8
79	Rimini (Rimini - Riccione - Santarcangelo di Romagna)	EMR	63,1	38,9	6,6	17,6	20,6	17,9	21,6	3,0
80	Fabriano (Fabriano - Sassoferrato - Cerreto d'Esi)	MAR	63,2	40,4	5,1	17,7	17,8	12,7	32,6	-
81	Ravenna (Ravenna - Faenza - Lugo)	EMR	63,2	42,4	6,8	14,0	18,5	13,7	28,3	2,7
82	Vibo Valentia (Vibo Valentia - Pizzo - Mileto)	CAL	63,3	43,0	6,3	14,1	19,7	16,0	24,6	3,0
83	Arezzo (Arezzo - Cortona - Montevarchi)	TOS	63,3	44,2	6,4	12,7	20,1	10,7	28,1	4,4
84	Garbagnate (Bollate - Paderno Dugnano - Limbiate)	LOM	63,3	39,7	7,3	16,3	25,8	15,8	16,9	4,8
85	Roma / G (Guidonia Montecelio - Tivoli - Mentana)	LAZ	63,4	38,0	7,2	18,2	24,2	15,6	18,9	4,7
86	Cesena (Cesena - Cesenatico - Savignano sul Rubicone)	EMR	63,5	43,7	6,8	12,9	15,8	13,8	30,0	3,8
87	Brescia (Brescia - Montichiari - Gussago)	LOM	63,6	46,6	5,4	11,6	23,4	11,3	26,4	2,5
88	Paola (Paola - Amantea - Cetraro)	CAL	63,6	38,4	4,6	20,7	19,0	17,7	24,0	2,8
89	Gallarate (Gallarate - Cassano Magnago - Somma Lombardo)	LOM	63,7	42,6	6,3	14,9	21,4	15,3	23,2	3,8
90	Bologna (BOLOGNA)	EMR	63,9	37,7	8,7	17,5	22,1	16,4	21,4	4,1
91	Vimercate (Vimercate - Arcore - Concorezzo)	LOM	64,0	39,7	9,3	15,0	29,9	14,4	17,1	2,6
92	Desio (Seregno - Desio - Cesano Maderno)	LOM	64,0	42,4	7,0	14,6	26,2	14,8	19,5	3,5
93	Padova (Padova - Selvazzano Dentro - Albignasego)	VEN	64,0	42,0	6,2	15,7	23,0	15,2	23,3	2,4
94	Savonese (Savona - Albenga - Varazze)	LIG	64,2	42,0	6,8	15,4	21,5	17,5	20,9	4,3
95	Novi Ligure (Novi Ligure - Acqui Terme - Ovada)	PIE	64,4	42,2	4,9	17,3	15,6	16,1	27,0	5,6
96	Massa Carrara (Massa - Carrara - Aulla)	TOS	64,8	44,6	5,9	14,3	24,4	16,3	20,2	3,8
97	Brindisi (Brindisi - Fasano - Francavilla Fontana)	PUG	65,0	41,8	8,1	15,1	22,2	15,5	24,9	2,5
98	Torino (AM) (TORINO *)	PIE	65,1	41,8	7,7	15,6	23,9	15,7	21,7	3,8
99	Basso Molise (Termoli - Larino - Montenero di Bisaccia)	MOL	65,2	40,5	6,1	18,5	23,1	15,3	22,2	4,5
100	Rossano (Corigliano Calabro - Rossano - Cassano allo Jonio)	CAL	65,5	43,2	7,7	14,6	19,3	15,6	28,0	2,6
101	Verona (Verona - S. Bonifacio - S. Martino Buon Albergo)	VEN	65,7	46,5	7,3	11,9	23,1	11,8	29,1	1,7
102	Salerno / 1 (Nocera Inferiore - Scafati - Pagani)	CAM	66,0	36,4	7,2	22,4	20,5	24,7	18,2	2,6
103	Chieri (Moncalieri - Nichelino - Chieri)	PIE	66,0	46,6	7,8	11,7	21,4	14,1	29,1	1,5
104	Vicenza (Vicenza - Dueville - Torri di Quartesolo)	VEN	66,2	45,6	7,6	13,0	27,0	13,7	23,4	2,1
105	Latina (Latina - Aprilia - Terracina)	LAZ	66,3	44,8	6,2	15,4	22,3	15,6	27,3	1,1
106	Viadana (Viadana - Casalmaggiore - Castel Goffredo)	LOM	66,5	46,8	6,0	13,7	26,9	10,6	26,2	2,7
107	Cittadella (Vigonza - Cittadella - S. Martino di Lupari)	VEN	66,7	50,3	4,6	11,7	24,0	12,1	28,0	2,6
108	Castrovillari (Castrovillari - S. M. Argentano - Roggiano Gravina)	CAL	66,7	35,7	8,6	22,4	24,7	22,7	14,2	5,2
109	Senigallia (Senigallia - Ostra - Arcevia)	MAR	66,8	40,3	2,9	23,6	15,2	11,5	29,6	10,5
110	Voghera (Voghera - Stradella - Broni)	LOM	66,9	47,3	5,7	14,0	20,3	18,7	25,4	2,5
111	Caserta / 1 (Caserta - Maddaloni - Marcianise)	CAM	66,9	41,2	6,4	19,4	22,8	23,2	17,5	3,4
112	Roma / F (Civitavecchia - Cerveteri - Ladispoli)	LAZ	67,0	41,6	8,6	16,8	26,5	16,3	21,2	2,9
113	Venosa (Melfi - Lavello - Rionero in Vulture)	BAS	67,1	40,6	7,0	19,5	21,2	20,9	21,4	3,6
114	Legnano (Legnano - Parabiago - Nerviano)	LOM	67,1	43,1	6,7	17,3	27,4	14,9	21,5	3,4
115	Treviso (Treviso - Mogliano Veneto - Paese)	VEN	67,4	44,7	8,6	14,1	25,3	15,0	24,6	2,6
116	Cagliari (Cagliari - Quartu Sant'Elena - Selargius)	SAR	67,4	42,7	6,0	18,7	21,1	15,2	26,0	5,1
117	Chiavarese (Rapallo - Chiavari - Sestri Levante)	LIG	67,5	40,5	10,5	16,5	25,1	16,7	21,5	4,3
118	Viterbo (Viterbo - Civita Castellana - Tarquinia)	LAZ	67,8	44,3	7,9	15,5	20,8	16,0	29,0	2,0
119	Forlì (Forlì - Forlimpopoli - Meldola)	EMR	67,9	47,5	6,6	13,7	21,8	9,3	30,7	6,1
120	Imperia (S. Remo - Imperia - Ventimiglia)	LIG	68,4	45,6	6,1	16,7	21,3	19,9	24,4	2,8
121	Montalbano Jonico (Pisticci - Policoro - Montalbano Jonico)	BAS	68,5	39,5	9,8	19,2	19,4	18,8	24,7	5,6
122	Taranto (Taranto - Martina Franca - Grottaglie)	PUG	68,7	45,5	7,3	15,9	23,5	15,5	25,8	4,0
123	Saronno (Saronno - Caronno Pertusella - Solaro)	LOM	68,9	48,4	5,9	14,5	24,2	14,4	26,1	4,2
124	Versilia (Viareggio - Camaiore - Pietrasanta)	TOS	68,9	44,7	8,3	16,0	30,5	17,4	18,2	2,9
125	Modena (Modena - Carpi - Sassuolo)	EMR	68,9	48,3	6,5	14,1	19,8	15,7	31,2	2,2
126	Parma (Parma - Fidenza - Salsomaggiore Terme)	EMR	69,0	43,4	8,5	17,2	23,6	18,3	24,0	3,1
127	Busto Arsizio (Busto Arsizio - Tradate - Castellanza)	LOM	69,2	40,1	11,0	18,0	29,3	15,9	19,9	4,2
128	Mirano (Mira - Mirano - Spinea)	VEN	69,4	48,8	7,9	12,7	27,5	12,7	26,4	2,8
129	Napoli / 4 (Acerra - Casalnuovo di Napoli - Pomigliano d'Arco)	CAM	69,5	37,4	7,7	24,4	27,4	25,5	12,6	4,0
130	Salò (Desenzano del Garda - Lonato - Salò)	LOM	69,6	47,3	6,4	15,8	25,4	15,9	25,5	2,9
131	Caltanissetta (Gela - Caltanissetta - Niscemi)	SIC	69,6	44,1	7,7	17,8	22,2	17,7	23,3	6,5
132	Leno (Ghedo - Manerbio - Leno)	LOM	69,6	48,5	5,3	15,8	26,2	17,0	22,1	4,3
133	Sassari (Sassari - Alghero - Porto Torres)	SAR	69,6	45,8	7,8	16,0	24,5	16,3	24,4	4,5
134	Friuli occidentale (Pordenone - Sacile - Cordenons)	FVG	69,7	49,5	5,9	14,3	22,9	14,8	26,8	5,3
135	Gardone Val Trompia (Lumezzane - Concesio - Sarezzo)	LOM	69,9	47,7	5,6	16,6	28,4	19,3	18,4	3,7
136	Bassano del Grappa (B. del Grappa - Romano d'Ezzelino - Marostica)	VEN	70,2	46,4	8,4	15,3	28,5	12,0	26,6	3,1
137	Catanzaro (Catanzaro - Soverato - Chiaravalle Centrale)	CAL	70,2	42,5	4,8	23,0	19,1	21,5	23,5	6,2
138	Magenta (Abbiategrasso - Magenta - Bareggio)	LOM	70,5	49,5	7,8	13,2	28,1	17,2	22,7	2,6
139	Chivasso (Settimo Torinese - Chivasso - S. Mauro Torinese)	PIE	70,5	45,3	12,7	12,5	29,9	13,5	23,2	3,9
140	Cirié (Venaria Reale - Cirié - Alpignano)	PIE	71,0	41,6	11,5	17,9	31,7	18,4	16,3	4,5
141	Camerino (S. Severino Marche - Matelica - Camerino)	MAR	71,4	42,1	13,2	16,1	23,0	15,1	30,4	3,0
142	Olbia (Olbia - Tempio Pausania - La Maddalena)	SAR	71,5	51,9	5,1	14,6	20,4	14,2	32,3	4,6
143	Urbino (Urbino - Cagli - Fermignano)	MAR	71,6	48,6	9,5	13,5	20,2	16,8	31,8	2,7
144	Melegnano (S. Giuliano Mil. - S. Donato Mil. - Peschiera Borromeo)	LOM	71,6	47,2	7,5	16,9	29,2	17,4	23,6	1,4
145	Como (Como - Olgiate Comasco - Lurate Caccivio)	LOM	71,7	47,3	9,8	14,6	30,2	14,3	24,3	3,0
146	Asti (Asti - Canelli - Nizza Monferrato)	PIE	71,8	47,0	5,1	19,8	17,3	24,1	28,1	2,3
147	Bassa friulana (Cervignano del Friuli - Latisana - S. Giorgio di Nogaro)	FVG	71,9	53,6	4,7	13,7	21,6	11,8	35,6	3,0
148	Lecco (Lecco - Calolziocorte - Valmadrera)	LOM	72,0	47,6	6,4	17,9	28,0	17,4	23,7	2,9
149	Varese (Varese - Malnate - Luino)	LOM	72,1	44,1	8,9	19,1	24,1	20,2	24,3	3,5
150	Bussolengo (Villafranca di Verona - Negrar - Bussolengo)	VEN	72,5	53,0	7,3	12,2	25,5	16,7	28,1	2,2

segue Tav. 1 - Classifica sullo stato di salute degli italiani - Aziende USL

RANGO	AZIENDA USL (1)	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
				PREV. PRIMARIA	DIAGN. PR.E TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
<i>segue</i>										
151	Centro-sud Bolzano (Bolzano - Laives - Appiano)	BOL	72,6	52,5	5,5	14,7	20,1	14,4	31,5	6,6
152	Catania (Catania - Acireale - Paternò)	SIC	72,6	46,1	7,7	18,8	21,5	22,0	25,3	3,9
153	Grosseto (Grosseto - Follonica - Orbetello)	TOS	72,8	50,5	7,8	14,6	21,4	17,1	32,5	1,8
154	Bergamo (Bergamo - Dalmine - Seriate)	LOM	73,0	48,3	7,1	17,6	27,8	18,9	25,1	1,2
155	Orvieto (Orvieto - Castel Viscardo - Fabro)	UMB	73,4	47,7	9,7	16,0	27,8	9,0	33,9	2,7
156	Foggia / 3 (Foggia - Lucera - Troia)	PUG	73,4	45,6	7,2	20,6	24,2	17,6	25,4	6,2
157	Enna (Enna - Piazza Armerina - Nicosia)	SIC	73,6	43,5	6,6	23,5	19,0	25,4	22,5	6,7
158	Alto Molise (Agnone - Carovilli - Capracotta)	MOL	73,9	49,5	12,7	11,7	25,2	30,1	10,8	7,7
159	Bologna nord (S. Giovanni in Persiceto - Castel Maggiore - Budrio)	EMR	74,2	54,0	6,8	13,3	16,7	16,8	38,8	1,9
160	Biella (Biella - Cossato - Vigliano Biellese)	PIE	74,2	54,5	4,5	15,3	21,8	17,1	32,9	2,4
161	Piacenza (Piacenza - Fiorenzuola d'Arda - Castel S. Giovanni)	EMR	74,7	49,1	8,2	17,4	26,6	17,3	28,2	2,6
162	Imola (Imola - Castel S. Pietro Terme - Dozza)	EMR	75,0	48,0	9,9	17,1	23,4	14,2	34,9	2,5
163	Trento (Trento - Rovereto - Pergine Valsugana)	TRN	75,0	51,6	5,1	18,3	23,9	18,8	27,4	5,0
164	Bologna sud (Casalecchio d/R - S. Lazzaro d/S - Zola Predosa)	EMR	75,1	46,5	8,8	19,8	26,1	19,4	26,5	3,1
165	Medio Friuli (Udine - Codroipo - Tavagnacco)	FVG	75,5	53,0	8,2	14,3	28,0	15,0	26,6	5,9
166	Omegna (Verbania - Domodossola - Omegna)	PIE	75,6	50,2	7,7	17,7	31,3	13,2	26,2	4,9
167	Centro Molise (Campobasso - Bojano - Riccia)	MOL	76,1	51,2	8,1	16,9	18,9	25,2	29,0	3,0
168	Isontina (Gorizia - Monfalcone - Ronchi dei Legionari)	FVG	76,8	51,3	6,3	19,2	26,8	17,1	28,2	4,7
169	Ponte San Pietro (Ponte S. Pietro - Zogno - Calusco d'Adda)	LOM	77,0	49,8	11,6	15,6	31,2	17,6	26,3	1,9
170	Locri (Siderno - Locri - Bovalino)	CAL	77,2	56,4	4,9	15,9	22,7	14,7	33,8	6,0
171	Oristano (Oristano - Terralba - Cabras)	SAR	77,2	54,2	6,3	16,8	27,0	14,5	29,4	6,3
172	Arzignano (Valdagno - Arzignano - Montebelluna)	VEN	78,0	54,6	7,1	16,3	27,8	16,6	28,4	5,2
173	Este (Monselice - Este - Montagnana)	VEN	78,1	60,3	4,2	13,5	24,0	17,6	32,4	4,1
174	Novara (Novara - Borgomanero - Trecate)	PIE	78,1	48,3	10,4	19,3	32,0	18,2	24,4	3,4
175	Mantova (Mantova - Castiglione delle Stiviere - Porto Mantovano)	LOM	78,1	50,9	7,9	19,3	23,7	20,9	32,0	1,4
176	Lanusei (Tortoli - Lanusei - Baunei)	SAR	78,1	52,7	2,8	22,6	20,3	19,5	29,3	9,0
177	Asolo (Castelfranco Veneto - Montebelluna - Veduggio)	VEN	78,2	57,3	4,6	16,3	20,9	14,7	37,2	5,5
178	Est Brunico (Brunico - Valle Aurina - Campo Tures)	BOL	78,2	51,8	4,7	21,7	19,7	20,7	33,9	3,9
179	Città di Castello (Città di Castello - Gubbio - Umbertide)	UMB	78,2	58,4	4,5	15,4	22,8	18,5	33,0	3,8
180	Chioggia (Chioggia - Piove di Sacco - Cavarzere)	VEN	78,5	58,6	6,1	13,8	32,2	15,2	29,1	2,0
181	Ovest Merano (Merano - Lana - Silandro)	BOL	78,6	56,5	7,0	15,2	17,5	16,6	41,0	3,6
182	Casale Monferrato (Casale Monferrato - Valenza - Trino)	PIE	78,7	52,1	10,5	16,1	34,0	11,4	26,0	7,4
183	Pinerolo (Pinerolo - Luserna S. Giovanni - Cumiana)	PIE	79,0	53,6	10,3	15,0	25,6	16,4	33,1	3,9
184	Napoli / 1 (NAPOLI)	CAM	79,1	45,2	9,8	24,1	31,6	24,7	18,1	4,7
185	Vigevano (Vigevano - Mortara - Garlasco)	LOM	79,6	57,4	5,1	17,1	27,2	17,5	31,3	3,5
186	Alessandria (Alessandria - Tortona - Castelnuovo Scrivia)	PIE	79,7	59,6	7,2	12,9	26,1	16,1	34,3	3,3
187	Belluno (Belluno - Ponte nelle Alpi - Cortina d'Ampezzo)	VEN	79,8	55,6	7,8	16,4	30,4	17,9	28,6	2,9
188	Nord Bressanone (Bressanone - Vipiteno - Chiusa)	BOL	80,4	60,6	3,5	16,3	19,2	17,9	40,1	3,2
189	Carbonia (Carbonia - Iglesias - Sant'Antioco)	SAR	80,7	60,4	5,2	15,1	24,8	14,7	35,1	6,0
190	Collegno (Rivoli - Collegno - Grugliasco)	PIE	81,1	56,5	6,2	18,4	28,6	15,4	31,3	5,7
191	Vercelli (Vercelli - Borgosesia - Santhià)	PIE	81,3	59,5	7,8	14,0	23,9	20,0	33,9	3,4
192	Crema (Crema - Castelleone - Pandino)	LOM	81,5	60,1	4,6	16,7	28,6	21,0	26,6	5,4
193	Chiari (Chiari - Palazzolo sull'Oglio - Rovato)	LOM	81,7	57,0	7,3	17,4	28,6	16,4	31,6	5,1
194	Cremona (Cremona - Soresina - Pizzighettone)	LOM	82,9	57,5	4,2	21,2	30,1	17,5	29,6	5,8
195	Albino (Albino - Alzano Lombardo - Nembro)	LOM	83,1	48,6	9,2	25,3	33,9	24,2	23,3	1,7
196	San Dona' di Piave (S. Dona' di Piave - Portogruaro - Iesolo)	VEN	83,3	65,1	6,6	11,6	26,6	10,8	42,0	3,9
197	Caserta / 2 (Aversa - Santa Maria Capua Vetere - Sessa Aurunca)	CAM	83,3	56,3	8,5	18,6	29,8	21,1	29,5	2,9
198	Ivrea (Ivrea - Rivarolo Canavese - Cuorgnè)	PIE	83,6	60,1	8,3	15,2	25,0	17,2	38,5	2,9
199	Treviglio (Treviglio - Romano di Lombardia - Caravaggio)	LOM	84,0	59,6	9,2	15,2	38,7	17,9	25,6	1,8
200	Thiene (Schio - Thiene - Malo)	VEN	85,0	54,0	6,2	24,8	29,2	22,3	27,7	5,8
201	Ostiglia (Suzzara - Gonzaga - S. Benedetto Po)	LOM	85,2	58,3	7,6	19,4	21,1	18,9	42,8	2,5
202	Ferrara (Ferrara - Cento - Argenta)	EMR	86,9	64,0	6,7	16,2	25,6	18,7	40,2	2,5
203	Cuneo (Cuneo - Borgo S. Dalmazzo - Busca)	PIE	87,3	59,8	9,4	18,1	25,6	18,9	37,7	5,1
204	Alba (Alba - Bra - Cherasco)	PIE	87,9	66,2	7,6	14,1	17,8	15,8	50,4	4,0
205	Savigliano (Fossano - Savigliano - Saluzzo)	PIE	88,3	61,6	8,3	18,4	24,8	18,6	41,2	3,7
206	Pavia (Pavia - Casorate Primo - Belgioioso)	LOM	88,5	63,3	8,9	16,4	34,1	17,6	32,1	4,8
207	Mondovi (Mondovi - Ceva - Villanova Mondovi)	PIE	91,2	66,3	9,4	15,5	26,2	15,8	46,3	2,9
208	Rovigo (Rovigo - Lendinara - Badia Polesine)	VEN	93,1	68,7	8,4	16,0	28,0	16,6	43,7	4,9
209	Lodi (Lodi - Codogno - Casalpusterlengo)	LOM	94,5	69,3	9,1	16,1	37,7	17,1	35,8	3,8
210	Feltre (Feltre - Sedico - MeI)	VEN	94,8	75,0	5,2	14,7	30,0	15,3	45,8	3,7
211	Nuoro (Nuoro - Macomer - Siniscola)	SAR	95,2	63,9	9,8	21,5	28,9	20,3	41,2	4,9
212	Sondrio (Sondrio - Morbegno - Tirano)	LOM	96,1	68,2	6,8	21,0	32,4	19,4	38,0	6,3
213	Breno (Darfo Boario Terme - Pisogne - Breno)	LOM	101,4	71,4	10,3	19,7	36,0	21,6	39,4	4,4
214	Aosta (Aosta - Saint-Vincent - Chatillon)	VDA	107,4	75,0	9,5	23,0	33,3	19,9	44,4	9,8
215	Alto Friuli (Gemona del Friuli - Tolmezzo - Buia)	FVG	114,4	84,7	10,4	19,2	39,0	27,8	42,9	4,6

(1) Di seguito alla denominazione della Usl sono riportati tra parentesi i tre comuni più grandi in termini di popolazione ad essa afferenti.

(*) TORINO (AM) comprende le 4 Usl dell'area metropolitana di Torino, MILANO (AM) comprende le 6 Usl dell'area metropolitana di Milano, VENEZIA comprende le 2 Usl di Venezia e di Mestre, ROMA (AM) comprende le 5 Usl dell'area metropolitana di Roma.

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

2.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

Gli indicatori demografici elaborati descrivono una Italia dalle molteplici sfumature.

Seppure in un contesto comune dominato dal processo di invecchiamento della popolazione, le tendenze delle singole Regioni mostrano aspetti non sempre concordi.

Il dato fondamentale del nostro Paese è - come è noto - la bassa natalità: il tasso è inferiore all'8‰ in 7 Regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Marche). In queste Regioni gli indici di vecchiaia hanno ormai superato il 150%, con una punta massima in Liguria, giunta al 228,9%: in pratica in questa Regione si hanno oltre due "vecchi" per bambino. La bassa fertilità comporta evidentemente una mancanza di ricambio generazionale nella popolazione.

Nella fase, per così dire, intermedia si trovano Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Lazio, Abruzzo e Molise: queste Regioni hanno indici di vecchiaia compresi fra il 100% (pareggio fra vecchi e bambini) e il 150%, con un tasso di natalità intorno al 9‰. Maggiore ricambio sembra per ora realizzarsi nella P.A. di Bolzano e nelle Regioni del sud e isole (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna). In queste Regioni il tasso di natalità rimane inferiore al 10‰, con indici di vecchiaia inferiori al 100%. La Campania è la Regione con più bambini rispetto ai vecchi con un indice di vecchiaia pari al 61,9%.

Ovviamente questa fenomenologia trova conferma nella statistica dei bimbi per donna feconda: inferiore a 20 per 100 donne nelle Regioni con minore ricambio, superiore a 25, tranne che in Sardegna, nelle Regioni più "giovani" del sud.

Sull'altro versante della piramide demografica possiamo analizzare il tasso di mortalità. Con poche eccezioni maggiore mortalità (in percentuale) si riscontra nelle Regioni ove minore è la natalità, a riprova che essa ha già provocato un innalzamento dell'età media. In ogni caso solo il sud con le isole e le PP.AA. di Trento e Bolzano hanno una natalità maggiore della mortalità; il Lazio è in sostanziale equilibrio, mentre tutte le altre hanno uno scarto negativo.

Il tasso di dipendenza permette di intersecare la lettura demografica dei dati con quella economica: ci fornisce infatti una indicazione del carico sopportato (teoricamente) da ogni cittadino potenzialmente attivo in ter-

mini di numero di vecchi e bambini. La lettura che ne discende fornisce nuove indicazioni sulle peculiarità regionali. Il maggiore onere ricade sugli attivi di Liguria, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia, ove l'indice ha superato il 50%, pari a 0,5 unità a carico per attivo.

Con un indice compreso fra il 40% e il 45% troviamo Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Lazio, Sardegna, mentre le altre Regioni hanno dipendenza compresa fra il 45% ed il 50%.

Per quanto concerne la distribuzione geografica della popolazione, possiamo analizzare la densità abitativa: emergono valori profondamente differenti fra una zona e l'altra, con un minimo di 36,5 abitanti per Km² in Valle d'Aosta ed un massimo di 424,7 per Km² in Campania (oltre 10 volte superiore). L'indice appare comunque fundamentalmente correlato alla struttura orografica del territorio, che determina come è ovvio una densità abitativa minore nelle zone di montagna.

Le migrazioni hanno invece un andamento sud-nord, con saldi negativi nel meridione e positivi nel centro e nel nord. Le Regioni che tendono a spopolarsi maggiormente sono Calabria e Basilicata, a fronte delle quali crescono in termini di residenti Umbria ed Emilia Romagna.

Un ultimo sguardo è dedicato alla struttura familiare: la media nazionale è di 2,7 componenti per nucleo. La Regione con nuclei più piccoli è la Liguria (2,2 componenti), e quella con nuclei più grandi la Campania con 3,1 componenti. In generale si rintraccia una correlazione diretta con la natalità, per quanto nella statistica siano comprese le famiglie mono-nucleari e di pensionati, che rendono più difficile una lettura sintetica del dato.

2.2. CONTESTO ECONOMICO

Per analizzare il contesto economico si può iniziare dal reddito prodotto pro-capite; si trova immediata conferma del maggiore benessere economico del nord con punte di oltre 36 milioni pro-capite in Lombardia ed Emilia Romagna.

Di contro nel sud si osservano valori inferiori ai 20 milioni; con una punta di 15,3 milioni in Calabria.

Fra la Regione più povera e più ricca le differenze sono dell'ordine del 220% a dimostrare la persistenza di forti sperequazioni. Il primato del prodotto è oggi conteso fra il cosiddetto triangolo del nord-ovest (Piemonte 31,6 milioni, Lombardia 36,3 milioni, Liguria 30,4 milioni) e l'area nord orientale, ove spiccano il Veneto 32,4 milioni, Friuli Venezia Giulia 31,4 milioni, Emilia Romagna 36,0 milioni.

Si noti che la classificazione delle Regioni secondo l'entità dei depositi bancari (statistica più prossima del prodotto alla disponibilità effettiva dei cittadini) offre qualche sorpresa. Le Regioni più attrezzate produttivamente non sono necessariamente quelle con maggiori depositi. In particolare Lombardia ed Emilia Romagna pur avendo il maggiore prodotto pro capite sono superate da Regioni a vocazione turistica come la Valle d'Aosta e le PP.AA. di Trento e Bolzano. Sebbene non si disponga di informazioni sulla ricchezza delle famiglie e sugli impieghi del risparmio, sulla base dei soli depositi bancari le Regioni più povere risulterebbero essere

Molise, Calabria e Sicilia con valori inferiori ai 10 milioni pro-capite, a fronte di una media nazionale di 17 milioni.

Il reddito prodotto è fortemente correlato al tasso di occupazione, anche se diverse produttività spiegano alcuni notevoli scostamenti dalle aspettative.

In generale le Regioni del nord hanno tassi di occupazione superiori al 45% (Liguria esclusa), che si riduce al 40% ca. nel centro, crollando nel sud fino al 32% della Sicilia.

La Regione con un maggiore tasso di occupazione è la P.A. di Bolzano, con il 56% di occupati, ma con un reddito prodotto pro-capite non altissimo, a dimostrare una bassa produttività. Tra le Regioni a più alta produttività troviamo Lombardia, Emilia Romagna e Toscana. Il sud oltre che da bassa occupazione è caratterizzato da bassa produttività. Il complemento naturale all'occupazione è dato dal tasso di disoccupazione, del quale si può anche apprezzare la differenza fra i sessi.

Come è noto la disoccupazione femminile è notevolmente più alta di quella maschile con una punta in Veneto, ove è tre volte maggiore: in questa Regione infatti la disoccupazione maschile è pari al 3,4%; mentre quella femminile è al 9,1%. Fra i maschi del nord la disoccupazione è contenuta su livelli che potremmo quasi dire fisiologici: 2,4% nella P.A. di Bolzano con punte massime del 5,3% in Piemonte e dell'8,0% in Liguria che rappresenta peraltro un caso isolato.

Di contro nel sud i livelli di disoccupazione maschile toccano il 21,4% in Campania, rimanendo in media sopra il 14% in tutte le altre Regioni. Anche il Lazio presenta una situazione critica con il 10,0% di disoccupazione maschile.

I valori esposti per i maschi rappresentano fra la metà e un terzo dei tassi riferiti al mondo femminile. La disoccupazione femminile appare infatti essere un problema in tutte le Regioni con l'esclusione forse della P.A. di Bolzano dove è pari al 3,5%.

Nelle altre Regioni i tassi variano dal 7,8% della P.A. di Trento, al 17,2% della Liguria per quanto concerne il nord, per crescere nel sud e nel centro fino al 35,1% della Calabria: in questa ultima Regione più di una donna su tre non trova lavoro.

Le ultime due colonne della tabella propongono il consumo di energia elettrica pro-capite per uso domestico ed industriale.

Per quanto concerne la prima voce i consumi maggiori si rilevano in Valle d'Aosta, nel Lazio e in Sardegna, mostrando in generale una lieve ma non omogenea correlazione al reddito prodotto.

I consumi per uso industriale sono invece nettamente maggiori nel nord, con alcune eccezioni rappresentate da Basilicata e Sardegna. Il sud, con le eccezioni appena citate ma con l'aggiunta del Lazio – Regione evidentemente a vocazione burocratica – hanno un consumo elettrico industriale prossimo a quello domestico, quando nel nord la proporzione fra uso industriale e domestico è dell'ordine del 4/500%.

2.3. TASSO DI MORTALITÀ STANDARDIZZATA

La mortalità standardizzata offre un quadro d'insieme sulle cause di morte, reso indipendente dalla struttura demografica, ovvero dalla distribuzione per

età dei residenti. In primo luogo è interessante notare che per i maschi fra 0 e 74 anni si evince una mortalità maggiore al nord rispetto che al sud. Scorrendo i dati relativi al tasso aggregato da nord a sud, i valori scendono progressivamente: se nel nord i valori sono sempre superiori al 6‰, nel sud scendono intorno al 5‰. Tale andamento non si ritrova peraltro nei più anziani (maschi ultrasettantacinquenni), né tantomeno fra le donne.

Appare quindi lecito azzardare una relazione con la partecipazione al processo produttivo, che è certamente più frequente fra i maschi del nord. Sempre a livello aggregato emerge la minore mortalità femminile rispetto a quella maschile (2,9‰ contro 6,1‰ a livello nazionale). Ovviamente la mortalità si concentra nella fascia oltre i 74 anni dove raggiunge valori dell'ordine del 10% per i maschi e del 8% per le femmine.

Nella fascia 0-74 anni la Regione ove è minore la mortalità sono le Marche, mentre all'altro estremo della graduatoria troviamo la Valle d'Aosta per i maschi e la Campania per le femmine.

Nella fascia oltre 74 anni la P.A. di Bolzano affianca le Marche fra i maschi, mentre fra le femmine Valle d'Aosta e P.A. di Trento si contendono il primato. All'altro estremo, maggiore mortalità si registra in Campania per i maschi e Sicilia per le femmine. Entrando nello specifico delle cause di morte, fra 0 e 74 anni i tumori sono responsabili di oltre un terzo delle morti, più fra le donne che fra gli uomini. Seguono le cause cardiovascolari, questa volta più rilevanti per gli uomini, che per le donne.

Oltre i 74 anni prendono il netto sopravvento le cause cardiovascolari, seguite dai tumori, e solo per i maschi emerge una quota significativa (10‰) attribuibile alle malattie dell'apparato respiratorio.

2.4. MORTALITÀ EVITABILE

Le note sulla mortalità standardizzata incentivano l'ulteriore ricerca dei casi classificabili come evitabili, onde valutare quanto le diverse politiche sanitarie (intese in senso lato) possano influire sulla mortalità.

A livello nazionale emerge che tra i maschi quasi 2 casi ogni mille morti fra 5 e 64 anni sarebbero teoricamente evitabili. Fra le femmine la quota è più bassa: di poco superiore a 0,75‰. Nella graduatoria regionale emerge, in senso negativo, la Valle d'Aosta con valori prossimi al 3,0‰ per i maschi e al 1,1‰ per le femmine, anche se trattandosi di una Regione con poca popolazione la statistica può essere poco significativa. Fra i maschi si ritrova l'andamento decrescente da nord a sud già evidenziato per la mortalità generale standardizzata: la spiegazione può risiedere nella importanza dei tumori, certamente correlati tanto all'industrializzazione che per il verso opposto alla prevenzione.

In effetti tale andamento è maggiormente evidente proprio nella mortalità evitabile attribuita a carenza di prevenzione primaria, ove incidono alcune neoplasie. Una conferma di questo ragionamento sembra trovarsi nell'osservazione del dato relativo alla Sardegna che è l'unica Regione del sud con valori analoghi a quelli delle Regioni del nord, spiegabili con la presenza di una sviluppata industria (ad esempio quella estrattiva, che è notoriamente usurante per i lavoratori).

Se questa linea di pensiero può essere accettata, diviene spiegabile come

in testa alla classifica si trovi l'Abruzzo per i maschi, mentre la situazione migliore per le femmine è quella registrata nelle Marche. Si noti infine che mentre la prevenzione primaria ha un ruolo prioritario per gli uomini (la mortalità evitabile dei maschi assume un valore quattro volte maggiore rispetto a quello delle donne), seguita dall'igiene e l'assistenza sanitaria (ove la proporzione è pari a 3), per le donne sono strategiche la diagnosi precoce e la terapia che di contro incidono molto poco sugli uomini.

Un'ulteriore nota degna di interesse è data dalla graduatoria regionale rispetto alle morti evitabili da attribuirsi all'igiene e all'assistenza sanitaria, intesa come proxy della maggiore o minore efficienza dei singoli servizi sanitari regionali. Per i maschi troviamo nelle posizioni peggiori Valle d'Aosta, Campania, Molise, Sicilia e nelle migliori Toscana, Marche, Puglia. Fra le donne le Regioni "peggiori" sono Campania, Valle d'Aosta, Basilicata, Calabria e Sicilia; le "migliori" Toscana, Marche, Veneto.

2.5. MORTALITÀ INFANTILE

Si afferma comunemente che la civiltà sanitaria di un Paese sia misurabile dalla mortalità infantile. A questo proposito è noto come in Italia - malgrado netti miglioramenti registratisi negli ultimi decenni - essa sia ancora alta rispetto ad esempio ai paesi nordici.

La mortalità infantile è infatti in media nazionale pari a 6,4 per 1.000 nati vivi. Tale valore è nettamente più alto al sud che al nord: in Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia supera l'8‰, contro il 3,3‰ del Friuli Venezia Giulia e valori inferiori al 5‰ in Lombardia, P.A. di Trento e Bolzano, Veneto ed Umbria. Oltre il 50% della mortalità è attribuibile a condizioni morbose di origine perinatale. Per quanto concerne le malformazioni congenite esse sono causa di morte al sud in proporzione quasi doppia rispetto alla larga maggioranza delle Regioni del centro-nord. Esse raggiungono il 2,9‰ in Molise e il 2,7‰ in Calabria, mentre sono pari allo 0,8‰ in Friuli Venezia Giulia e all'1‰ nella P.A. di Bolzano. Fra le altre cause l'unico dato anomalo è quello della Valle d'Aosta ove però è probabile che il dato assorba carenze diagnosi di altre condizioni morbose perinatali, essendo la popolazione solo di 100.000 abitanti.

Considerazioni in larga misura analoghe possono avanzarsi per quanto riguarda la mortalità nei primi 4 anni di vita. Oltre il 70% di essa è attribuibile a malformazioni congenite e ad altre cause perinatali. Seguono le malattie del sistema circolatorio ed i tumori, con valori molto differenti da una Regione all'altra; anche in questo caso il dato deve essere considerato con prudenza relativamente alla sua significatività.

Di nuovo la Regione sugli allori risulta essere il Friuli Venezia Giulia, con un tasso dello 0,8‰; all'altro estremo la mortalità in Abruzzo è più che doppia attestandosi all'1,9‰.

2.6. INFORTUNI SUL LAVORO

Quella sugli infortuni sul lavoro è una finestra aperta per valutare rischi ed eventuali carenze di prevenzione, connessi allo svolgimento delle atti-

vità produttive. A questo scopo si osservi che gli infortuni con esiti più gravi, ovvero provocanti una invalidità permanente, sono maggiormente frequenti nel centro-nord. In particolare Umbria e Marche registrano circa 180 nuove invalidità permanenti per 100.000 abitanti, contro valori tipicamente compresi fra 80 e 100 nel nord e fra 50 e 80 nel sud. All'altro estremo si trova il Lazio con meno di 41 invalidità permanenti. Come era lecito aspettarsi la metà dei casi si riferiscono a lavoratori della fascia centrale di età, compresa fra 30 e 49 anni. Nelle fasce estreme si nota che i lavoratori anziani si invalidano più di quelli più giovani. Il dato elevato di Umbria e Marche è però legato proprio alla alta probabilità di invalidarsi dei lavoratori più anziani. Diversa struttura di rischio si evince per gli infortuni che esitano in invalidità temporanee. Ovviamente il numero è molto più rilevante, dell'ordine del 1,6 ogni 100 abitanti. Anche in questo caso sono più numerosi i casi relativi ai lavoratori nella fascia 30-49 anni, ma contrariamente al caso degli infortuni più gravi, sono più fra i giovani sotto i 30 anni che fra gli anziani (oltre i 49 anni). In questo caso nella classifica per maggior numero di invalidità temporanee l'Emilia Romagna sopravanza Umbria e Marche, seguita da vicino dalla P.A. di Bolzano. In particolare in questa Regione sono molto numerosi i casi fra i lavoratori sotto i 30 anni (pari a 10,2 ogni mille abitanti), contro una media nazionale grosso modo pari alla metà (5,2‰); il valore della Campania è addirittura di 8 volte inferiore (1,6‰). Minore difformità si rileva nelle fasce di età successive. Peraltro nell'interpretare il dato è necessario osservare che la struttura produttiva, e forse anche la diversa "regolarità" del mercato del lavoro, potrebbero essere parzialmente responsabili delle forti difformità statistiche riscontrate fra le Regioni.

2.7. GESTIONE FINANZIARIA DEL SSN: SPESA PRO-CAPITE "EFFETTIVA"...

La spesa sanitaria pubblica ammonta in media nazionale a 1.738.400 lire pro-capite, con una punta massima nella p.a. Bolzano pari a 2.174.300 lire, seguita dalla Emilia Romagna (2.052.500 lire). All'altro estremo troviamo la Campania (1.552.800 lire) seguito dalla Sicilia (1.556.500 lire). Per quanto concerne la composizione della spesa, il personale nonché i beni e servizi, assorbono di gran lunga la quota predominante della spesa corrente sanitaria. Infatti in media nazionale la spesa diretta (ovvero come si è detto personale più beni e servizi) copre il 61,8% della spesa. Tale quota è piuttosto variabile fra le Regioni, in funzione della maggiore o minore erogazione in proprio della assistenza rispetto all'alternativo ricorso all'erogazione tramite strutture convenzionate/accreditate. Nel Nord, ove il ricorso al convenzionamento (poi accreditamento) risulta storicamente minore, la quota di spesa diretta è alta e compresa fra il 76,6% della P.A. di Bolzano e il 66,3% del Piemonte, con l'eccezione della Lombardia (59,5%), che non a caso spende in proporzione alle altre Regioni molto per l'ospedaliera convenzionata. Analogamente al Centro, a fronte di valori compresi fra il 72,5% dell'Umbria e il 63,5% dell'Abruzzo spicca per anomalia il Lazio con soltanto il 49,3% di spesa diretta (valore minimo nazionale) ma il più alto

valore di ospedaliera convenzionata (valore massimo nazionale).

Nel Sud e Isole la spesa diretta si muove fra il 66,5% della Sardegna e il 53,7% della Campania.

Come si è accennato esiste una fortissima variabilità della quota di spesa per ospedaliera convenzionata che è ovviamente il riflesso di un maggiore o minore ricorso da parte del Ssn alle strutture private, ma anche della loro minore o maggiore presenza sul territorio, che è in larga parte concentrata nelle aree metropolitane.

In testa troviamo il Lazio (24,5%), Puglia (18,1%) e Lombardia (13,8%). All'altro estremo la Valle d'Aosta (0,7%), ma anche Basilicata (1,3%) e Umbria (2,1%). Della spesa convenzionata la voce più rilevante è quella relativa alla spesa farmaceutica, ove la P.A. di Bolzano è la Regione con minore quota di spesa (5,2%), mentre la Campania è quella con maggiore onere (14,0%).

In generale il Sud ha un onere di farmaceutica convenzionata notevolmente maggiore del Nord, anche per effetto delle esenzioni dal ticket. In tutto il Sud (ed anche nel Centro: anche se su valori minori) la farmaceutica convenzionata assorbe più del 10% della spesa. Nel Nord solo Piemonte, Lombardia e Liguria oltrepassano tale valore.

Per quanto concerne, invece, la medicina di base che rappresenta un presidio fondamentale del Ssn la spesa appare grosso modo equilibrata, essendo regolata dall'applicazione della convenzione di categoria.

La quota di spesa media nazionale è del 6,1%, variabile fra il 3,4% della P.A. di Bolzano (che peraltro rappresenta una eccezione a causa della forte spesa per il personale), e il 7,5% della Calabria.

Infine la specialistica assorbe in media il 2,5% della spesa, con un minimo ancora nella P.A. di Bolzano (0,8%) ed un massimo del 4,6% in Campania. Dalla analisi della composizione della spesa emerge la coesistenza nel Ssn di più di un modello organizzativo/istituzionale, risultato di diversi mix di offerta fra pubblico e privato accreditato.

L'analisi degli esiti di tali modelli richiederebbe una analisi d'efficienza ed efficacia praticamente impossibile con i dati attualmente disponibili.

... SPESA PRO-CAPITE "PESATA"

In particolare il dato di spesa appare distorto dalla diversa composizione per età della popolazione. Infatti, come già sottolineato nelle "considerazioni generali" nel confronto della spesa pubblica per la sanità a livello regionale si perde spesso di vista una evidente realtà: ovvero che il confronto è lecito solo su di un piano meramente finanziario.

Per ovviare al problema si è costruito un indice che misura lo scostamento delle spese procapite regionali dalla media nazionale, utilizzando una popolazione pesata e quindi eliminando dal confronto la distorsione derivante dalle diverse strutture per età.

Il risultato è una mappa del tutto nuova della spesa regionale (vedi grafico 2.7.).

Se in termini finanziari (spesa pro-capite secondo la popolazione effettiva) la P.A. di Bolzano e l'Emilia Romagna, come abbiamo visto, sono le realtà che spendono di più, effettuando il confronto in termini di spesa pro-capite pesata, il quadro cambia notevolmente. L'Emilia Romagna passa dal secondo al 10° posto, analogamente la Liguria (dal 4° al 20°), la

Toscana (dall'7° al 15°), il Friuli Venezia Giulia (dall'8° al 16°) e l'Umbria (dal 12° al 21°).

Di contro Regioni apparentemente a bassa spesa salgono, come la Campania dal 21° posto al 3°, la Sicilia (dal 20° al 12°), la Calabria (dal 19° al 11°), la Puglia (dal 17° al 7°), la Sardegna (dal 15° al 2°).

Se prima Campania e Sicilia erano fanalino di coda, con il nuovo indice le Regioni a più bassa spesa (teorica, ma omogenea in termini di bisogno assistenziale) sono Umbria e Liguria. Ciò prova l'esistenza di una differente capacità di controllo della spesa, e si evidenzia come, a parità di bisogno assistenziale, la maggioranza delle regioni del Sud (con l'eccezione dell'Abruzzo e del Molise), spendano comunque di più in quota pro-capite, rispetto alle regioni del Centro-Nord, che al contrario (con l'eccezione della P.A. di Bolzano e del Lazio), dimostrano di avere una maggiore capacità di contenimento dei costi presentando valori pro-capite per popolazione standardizzata più bassi di quelli "effettivi".

Ne emerge la assoluta necessità di rivedere le politiche di riequilibrio della spesa. Il Sud avendo una popolazione più giovane ha una spesa solo apparentemente più bassa, nel senso che il differenziale non può essere spiegato solo dalla diversa struttura di età.

Nella nuova classifica il trend decrescente Nord-Sud non solo è messo in discussione, ma anche emerge una situazione a "macchia di leopardo" non legata alle ripartizioni geografiche.

Se mai ce ne fosse stato bisogno si intuisce che fra spesa e servizio la relazione è tutt'altro che ovvia e diretta. In un momento di spinta verso il federalismo fiscale è quindi necessario augurarsi che il diverso "valore" delle spese regionali che emerge dall'indice qui elaborato venga riconosciuto, approfondito e "gestito".

2.8. LE RISORSE DEL SSN: POSTI LETTO

La dotazione di posti letto nazionale è analizzabile rispetto alla tipologia di struttura (presidio Usl, azienda ospedaliera, ospedale accreditato), nonché all'intensità assistenziale (elevata, media, e assistenza di base, acuzie/riabilitazione/lungodegenza etc). Per quanto concerne la terapia intensiva la disponibilità media è di 12,4 posti letto per 100.000 abitanti, con valori molto difforni fra le Regioni: 7,2 posti letto in Basilicata a fronte di 20,5 in Liguria. Il dato è parzialmente spiegato dalla composizione per età della popolazione e dalla disponibilità di posti letto nelle Regioni adiacenti, ma certamente dimostra una carenza nella realizzazione della programmazione a livello nazionale.

Soltanto il 3% dei posti letto è situato in presidi accreditati; emerge quindi come siano i presidi di Usl e le aziende ospedaliere (grosso modo al 50%) a dover far fronte ai bisogni assistenziali di più elevata complessità. Una eccezione è il Lazio ove quasi il 20% delle terapie intensive sono poste in istituti accreditati. Discorso analogo si può fare per le specialità ad elevata assistenza. I posti letto ammontano a ca. il doppio di quelli di terapia intensiva, con una media nazionale di 22,6 posti letto per 100.000 abitanti. A livello regionale si passa dagli 11,0 posti letto della P.A. di Bolzano ai 36,1 della Valle d'Aosta. Si noti però che se nella P.A. di Bolzano si hanno

0,7 posti a elevata assistenza ogni posto di terapia intensiva, in Basilicata sono invece 5 i posti a elevata assistenza per ognuno di terapia intensiva. Evidentemente è lecito immaginare che a problemi di programmazione si sommino anche problemi di classificazione dei posti letto.

Anche per i posti ad elevata assistenza l'apporto degli istituti accreditati è minimo (ca. 2,5%) con una prevalenza delle aziende ospedaliere sui presidi di Usl. La maggior quota di posti letto accreditata è questa volta concentrata in Emilia Romagna. Nelle specialità a media assistenza e di base cresce l'apposto degli istituti accreditati rispettivamente 15% ca. e 13% ca. Nella media assistenza i posti letto sono equiripartiti fra presidi Usl e aziende ospedaliere, mentre nelle specialità di base, come è ovvio, quelli nei presidi Usl sono più del doppio. Anche in questo caso la distribuzione regionale è molto difforme. Tornando alle specialità a media intensità assistenziale, la media nazionale è di 76,3 posti letto per 100.000 abitanti, ma la Liguria ne dispone di 101,7 e la P.A. di Trento soltanto di 41,9 (anche qui con probabili problemi di classificazione dei posti letto).

Molto più omogenea risulta la situazione dei posti letto nelle specialità di base, con una media nazionale di 383,3 posti letto per 100.000 abitanti, un minimo in Campania (281,4%) e un massimo in Friuli Venezia Giulia (487,2%). Possiamo infine analizzare la situazione (per certi versi drammatica) delle degenze post acuzie: riabilitazione, lungodegenza e psichiatrica. La media nazionale (del tutto non indicativa) è di 66,9 posti letto per 100.000 abitanti, ma si passa dai 191,7 del Lazio ai 14,8 della Sicilia.

Nel nord il Friuli Venezia Giulia è fermo a 31,8, come anche al centro l'Umbria al 19,3. Nel sud solo la Basilicata ha un numero rilevante di letti (93,2). Queste tipologie di assistenza sono per circa il 65% affidate ad istituti accreditati, con un residuo del 10% all'interno di aziende ospedaliere. Nessuna logica programmatoria emerge dalle statistiche, malgrado la crescente importanza del settore in presenza di un rapido invecchiamento della popolazione. A livello della totale disponibilità di posti letto emerge che siamo ancora oltre lo standard di 5,5 posti letto per 1000 abitanti: la media nazionale è infatti di 5,9. Nel nord solo Piemonte e Valle d'Aosta si sono adeguate, nel centro solo l'Umbria; Nel sud Molise, Campania (carente di posti letto), Calabria, Sicilia (carente) e Sardegna. Siamo poi lontanissimi dal disporre di 1 posto letto ogni 1000 abitanti per riabilitazione e lungo degenza: siamo infatti a 0,67 compresi gli psichiatrici.

Solo la P.A. di Trento e il Lazio hanno superato la soglia predetta, mentre in molte Regioni la disponibilità è inferiore al 15% del fabbisogno teorico. A fronte della disponibilità di posti letto è interessante verificarne il relativo tasso di utilizzazione. Nelle terapie intensive il tasso di utilizzazione medio è pari al 78,6%, con un minimo del 62,6% nel Friuli Venezia Giulia ed un massimo dell'89,3% nelle Marche.

In generale le aziende ospedaliere hanno tassi di occupazione maggiori dei presidi di Usl e ancor di più delle aziende accreditate: con molta probabilità è l'effetto della remunerazione per DRG. Nelle specialità a elevata assistenza il discorso è analogo, con un tasso medio di utilizzazione del 75,2% (per assurdo inferiore delle terapie intensive). In questa branca il tasso di utilizzazione degli ospedali accreditati è altissimo: oltre il 90%.

Nelle strutture post-acuzie il tasso di utilizzazione è sempre molto alto: 95,0% nelle strutture accreditate e 86,0% in quelle pubbliche con una

media nazionale del 92,0%. Anche in questo caso con profonde difformità regionali: si passa dal 70,7% della Valle d'Aosta al 96,6% della P.A. di Trento. I tassi di utilizzazione complessivi si attestano sul 77,6%, maggiori nelle strutture accreditate (80,1%) che nelle aziende ospedaliere (79,2%) ed infine nei presidi di Usl (76,0%). Le differenze regionali si stemperano nel totale, passando dal 66,3% della Sardegna all'87,3% della Valle d'Aosta, dimostrando un certo grado (improprio) di compensazione fra i diversi livelli di intensità assistenziale.

2.9. LE RISORSE DEL SSN: IL PERSONALE

Il Ssn fornisce un notevole contributo all'occupazione nazionale: il solo numero dei dipendenti del Ssn, senza quindi considerare l'indotto, è pari allo 1,1% della popolazione residente. Nelle varie Regioni tale apporto è difforme, variando da meno dello 0,8% in Campania a quasi l'1,5% in Valle d'Aosta.

Con poche, ma importanti, eccezioni (Piemonte, Lombardia, Lazio) le Regioni del centro-nord hanno occupato come dipendenti del Ssn circa l'1,0% e oltre della popolazione, mentre al sud tale quota è compresa fra lo 0,7% e lo 0,9% con l'eccezione della Sardegna (1,0%). La struttura del personale del Ssn per qualifica vede circa il 15% di medici, e il 45% di infermieri.

La consistenza dei medici varia dall'1,3‰ (rispetto agli abitanti) del Lazio sino al 2,4‰ della Sardegna, senza una particolare "regola" geografica. Dal rapporto fra medici ed infermieri, più che dalle singole consistenze, si evidenziano differenti modelli organizzativi adottati a livello regionale. A fronte di una media nazionale di 3,1 infermieri per medico, le Regioni del nord variano dai 3,0 infermieri per medico del Piemonte ai 4,2 del Friuli Venezia Giulia.

Al centro il range è quello fra i 2,8 dell'Umbria ed i 3,8 della Toscana, mentre al sud si scende ancora dal 2,2 della Sicilia al 3,1 della Puglia.

Una curiosità è rappresentata dalla distribuzione per sesso dei dipendenti: le donne sono complessivamente il 26% in più degli uomini, anche se rappresentano soltanto un terzo dei medici (fra gli altri dirigenti i sessi si equivalgono).

La Sardegna è la Regione in cui la professione medica è maggiormente "rosa", con quasi il 60% di donne; "male" - in questo senso - la Puglia, con il 22,6%.

Fra il restante personale (in maggioranza ruolo infermieristico) prevalgono le donne (+63,5%) con punte del 300% rispetto agli uomini in Piemonte e Valle d'Aosta: sono più i maschi che le femmine solo in Campania, Calabria e Sicilia.

Per il personale si spende in media il 42,4% della spesa corrente, passando dal 50,5% della P.A. di Bolzano al 35,5% del Lazio.

Passando alla remunerazione del personale dipendente del Ssn malgrado essa sia regolata da contratti nazionali di categoria, non sono poche le disparità di trattamento che emergono nei dati.

La retribuzione media mensile lorda dei medici si aggira su 7,5 milioni, variando da un minimo di 6,6 milioni in Sardegna ed un massimo di 14,0

milioni nella P.A. di Bolzano (compresi oneri accessori). In generale sembra emergere che al nord i medici sono meglio remunerati che al sud.

In particolare è la quota variabile la più fortemente difforme.

Nelle isole essa rappresenta soltanto il 6,2% della retribuzione, incidendo peraltro sulle retribuzioni minime nazionali. Specularmente al nord la Regione che remunera maggiormente i medici dipendenti, ovvero la P.A. di Bolzano, realizza ciò erogando oltre il 40% della retribuzione sotto forma di salario variabile.

A fronte di una media nazionale del 14% circa si può dire che tutte le Regioni del nord (Liguria esclusa) erogano quote di salario variabile comprese fra il 23% e la citata media nazionale.

Di contro al sud tutte le Regioni sono sotto tale media.

Al centro la situazione è a “macchia di leopardo”: Umbria e Lazio sono sui livelli del sud, mentre in Toscana e Marche la situazione è paragonabile al nord.

Può essere interessante notare come i dirigenti non medici percepiscano una quota di salario variabile maggiore dei medici in tutte le Regioni escluse la Sardegna e le PP.AA. di Trento e Bolzano; è necessario aggiungere, però, che i loro salari sono mediamente più bassi di quelli dei medici di circa il 30%.

Per quanto concerne il restante personale (comprensivo degli infermieri) si rileva una retribuzione media mensile lorda di circa 3 milioni, piuttosto omogenea in tutte le Regioni. Rappresenta di nuovo una eccezione la P.A. di Bolzano, che eroga il 23% di incentivi portando la remunerazione a ca. 5 milioni mensili.

Può essere interessante notare come nella composizione della quota variabile gli straordinari abbiano in larga misura perso importanza economica, essendo predominanti le forme di incentivo. Per il personale non dirigente gli incentivi rappresentano circa il 70% del salario variabile, mentre per i dirigenti sfiora l'85%.

2.10. LE FUNZIONI DEL SSN: LA MEDICINA DI BASE

La medicina di base è garantita dalla rete dei medici e pediatri di famiglia. Il numero medio di assistiti per medico è pari a 1.028 cittadini con un minimo di 897 nel Lazio e un massimo di 1.790 nella P.A. di Bolzano. Più difforme la distribuzione del carico fra i pediatri: 897 per medico in Liguria (dove infatti la popolazione è più anziana) contro 2.338 nella P.A. di Bolzano: evidentemente emerge la scarsa programmazione dell'accesso alle specializzazioni.

Per quanto concerne l'induzione di spesa, il numero di ricette prescritte pro-capite ci può fornire una seppure indiretta indicazione in tal senso: a fronte di una media nazionale di 5,4 ricette per un importo medio di 38.500 lire, si va dalle 3,4 ricette di 35.500 lire di importo della P.A. di Bolzano alle 6,2 di Umbria e Marche con rispettivamente 36.300 e 34.500 lire di spesa.

In generale si osserva una relazione inversa fra numero di ricette e importo delle stesse, ad indicare diverse politiche prescrittive.

2.11. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Il consumo farmaceutico globale (pubblico e privato, vendite in farmacia) è pari in media a 374.100 lire pro-capite (adottando una popolazione standard di riferimento per rendere i dati confrontabili).

Tra le Regioni le differenze sono notevoli, passando dalle 284.200 lire del Molise alle 415.000 della Campania.

E' interessante notare come alcune posizioni si modifichino analizzando il consumo per classe terapeutica. La voce maggiore di costo è rappresentata dai farmaci cardiovascolari, che assorbono oltre il 20% del valore totale. La Regione con il massimo costo pro-capite è il Veneto con 94.300 lire, mentre il Molise è ancora fanalino di coda con 64.500 lire.

Seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolico, che assorbono un ulteriore 15% del consumo in valore. Il Molise è sempre la Regione con minore consumo mentre la Liguria con 70.100 lire è la prima. Antimicrobici e farmaci del sistema nervoso insieme assorbono un ulteriore 25% del consumo, mentre tutte le altre categorie terapeutiche hanno un impatto economico più limitato.

Un'ultima nota interessante è data dal confronto fra spesa totale e spesa pubblica, la cui differenza rappresenta il consumo diretto delle famiglie. Mentre la prima come si è detto ammonta a oltre 374.000 lire pro-capite, la spesa pubblica ammonta a circa 236.000 lire pro-capite: emerge quindi che oltre il 40% della spesa per farmaci è ormai sostenuta direttamente dalle famiglie. A livello di singola Regione le differenze nell'onere farmaceutico del Ssn sono rilevanti: si passa dalle 182.100 lire pro-capite (sulla base della popolazione pesata) della P.A. Autonoma di Trento alle 294.800 della Campania.

La spiegazione è parzialmente rinvenibile nella osservazione dei diversi livelli di reddito e quindi di compartecipazione alla spesa, che al Sud in generale sono minori generando maggiori oneri per il Ssn.

Le differenze appaiono però di dimensioni tali da necessitare più attenta indagine onde esaurirne l'eziologia.

Gran parte dell'onere, oltre l'80%, è relativo alla farmaceutica erogata dalle farmacie convenzionate (in media 195.200 lire pro-capite), con quote variabili ancora fra le 125.500 della P.A. Autonoma di Bolzano e le 262.900 ancora della Campania. A livello di spesa ospedaliera il dato è disponibile e disaggregabile fra presidi della Usl e Aziende ospedaliere.

In tutto rappresenta poco più del 10% dell'onere del Ssn.

Evidentemente la diversa numerosità e dimensione delle aziende ospedaliere nelle Regioni determina diverse distribuzioni della spesa.

La maggiore spesa ospedaliera pro-capite (36.100) è della P.A. di Bolzano, ove peraltro non esistono Aziende Ospedaliere autonome. Di contro la maggiore spesa pro-capite riferita alle Aziende Ospedaliere è quella dell'Umbria (16.500 lire) che compensa con una bassa spesa dei presidi di Usl (solo 11.900 lire).

A livello nazionale la spesa pro-capite a livello di presidio di Usl ammonta a 15.800 lire, contro 8.600 lire per le Aziende Ospedaliere: il confronto non è però omogeneo a causa della diversa incidenza rispetto alla popolazione dei presidi di Usl rispetto alle Aziende Ospedaliere autonome.

ALLEGATI STATISTICI AL CAPITOLO 2

Tav. 2.1.1. - Contesto demografico

REGIONE	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA	TASSO GREZZO DI NATALITÀ	TASSO GREZZO DI MORTALITÀ	BIMBI PER DONNA FECONDA	NUMERO MEDIO DI COMPONENTI LA FAMIGLIA	DENSITÀ ABITATIVA	SALDO MIGRATORIO
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)
Piemonte	162,5	45,3	7,8	11,3	18,9	2,4	169,0	+ 4,7
Valle d'Aosta	142,3	43,6	9,2	11,1	20,1	2,3	36,5	+ 6,1
Lombardia	126,7	41,6	8,7	9,7	19,8	2,5	374,8	+ 4,7
p.a. Bolzano	86,2	46,5	12,0	8,1	26,3	2,8	61,2	+ 2,3
p.a. Trento	121,3	47,1	10,2	9,7	23,4	2,5	74,6	+ 5,5
Veneto	128,4	43,2	8,9	9,4	20,0	2,7	241,7	+ 4,9
Friuli Ven. Giulia	185,5	46,3	7,3	12,5	17,9	2,4	151,4	+ 3,0
Liguria	228,9	50,8	6,7	13,3	17,9	2,2	305,2	+ 1,9
Emilia Romagna	197,7	47,5	7,4	11,5	18,0	2,5	177,7	+ 7,5
Toscana	183,4	48,5	7,3	11,6	18,3	2,6	153,2	+ 4,7
Umbria	168,8	50,9	7,6	11,1	19,8	2,7	97,9	+ 8,3
Marche	156,6	50,3	7,9	10,4	20,2	2,8	149,1	+ 5,5
Lazio	111,4	43,6	9,1	8,8	21,2	2,7	302,7	+ 2,6
Abruzzo	121,1	51,1	9,0	10,1	22,6	2,8	117,8	+ 3,5
Molise	121,2	53,7	8,6	10,5	23,0	2,7	74,6	- 0,3
Campania	61,9	48,8	12,9	8,2	28,5	3,1	424,7	- 0,8
Puglia	76,2	47,6	11,0	7,8	25,2	3,0	211,0	- 2,1
Basilicata	92,4	51,2	9,8	9,2	24,6	2,9	60,9	- 2,8
Calabria	79,4	51,4	10,5	8,4	25,9	2,9	137,6	- 2,9
Sicilia	79,3	51,2	11,5	9,1	27,6	2,8	198,3	- 1,2
Sardegna	87,9	42,7	8,4	8,1	19,6	2,9	69,0	+ 1,1
Media Nazionale	114,9	46,5	9,4	9,7	22,1	2,7	190,5	+ 2,6

dati 1996

- (a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)
(b) Popolazione >64 anni + popolazione <15 anni diviso popolazione 15-64 anni (x100)
(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)
(d) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)
(e) Bimbi <5 anni diviso femmine 15-44 anni (x100)
(f) Popolazione diviso numero di famiglie
(g) Numero di residenti per km²
(h) Immigrati meno emigrati diviso popolazione totale (x100.000)

Tav. 2.2.1. - Contesto economico

	TASSO DI DISOCCUPAZIONE			TASSO LORDO DI OCCUPAZ. (d)	REDDITO PRODOTTO PRO-CAPITE (e)	DEPOSITI BANCARI PRO-CAPITE (f)	ENERGIA ELETR. USO DOMESTICO PRO-CAPITE (kwh)	ENERGIA ELETR. USO INDUSTRIALE PRO-CAPITE (kwh)
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)					
	x 100	x 100	x 100	x 100	(MILIONI DI LIRE)	(MILIONI DI LIRE)		
Piemonte	5,3	12,6	8,3	45,8	31,6	20,1	891,4	3.356,1
Valle d'Aosta	3,2	8,7	5,6	50,0	35,8	25,1	1.090,0	5.163,6
Lombardia	4,1	9,2	6,1	47,9	36,3	24,7	900,2	3.962,6
p.a. Bolzano	2,4	3,5	2,8	56,1	33,4	25,1	834,0	1.617,6
p.a. Trento	4,0	7,8	5,5	49,0	31,2	24,9	890,0	2.382,3
Veneto	3,4	9,1	5,6	48,3	32,4	18,7	866,3	3.476,6
Friuli Ven. Giulia	4,4	11,1	7,1	45,0	31,4	19,4	927,8	3.954,6
Liguria	8,0	17,2	11,6	39,4	30,4	18,9	850,5	2.032,3
Emilia Romagna	3,3	8,8	5,6	48,8	36,0	22,8	912,3	2.963,3
Toscana	5,4	12,7	8,4	44,2	31,4	20,2	929,0	2.989,8
Umbria	6,5	16,0	10,2	41,9	26,6	15,1	844,7	4.214,3
Marche	4,1	10,0	6,5	46,2	27,9	16,7	781,2	2.246,4
Lazio	10,0	17,5	12,8	41,4	30,6	18,8	1.012,0	1.458,5
Abruzzo	6,4	14,7	9,5	42,4	23,6	11,5	745,8	2.874,8
Molise	11,5	23,4	16,0	38,3	19,0	9,6	682,4	2.172,4
Campania	21,4	34,0	25,6	32,8	17,3	10,3	841,2	1.324,3
Puglia	13,8	26,2	17,8	35,1	17,4	10,9	812,3	1.314,1
Basilicata	14,4	26,4	18,5	35,0	17,1	10,3	678,2	2.226,7
Calabria	19,9	35,1	25,3	32,4	15,3	8,1	812,3	1.097,5
Sicilia	19,5	33,3	23,6	31,7	16,0	9,5	939,1	1.363,0
Sardegna	15,7	31,3	21,0	35,6	19,3	10,4	1.041,6	3.876,8
Media Nazionale	9,4	16,6	12,1	41,8	27,2	17,0	890,0	2.556,3

dati 1996 - Reddito prodotto, depositi bancari, energia elettrica: dati 1995

- (a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi
(b) Disoccupati femmine diviso forza lavoro femmine
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro
(d) Occupati diviso popolazione >15 anni
(e) Valore aggiunto diviso abitanti
(f) Depositi bancari diviso abitanti

Tav. 2.3.1 - Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause - Maschi - 0-74 anni - Tassi x 100.000 ab.

REGIONI	MAL. INFETT. E PAR.	TUMORI	DIST. PSICH.	MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE			MAL. APP. RESP.	MAL. APP. DIGER.	ALTRI STATI MORBOSI	SINTOMI, MAL DEFIN.	TRAUM. AVVELEN.	TOTALE
				INFARTO	DIST. CIRC.	ALTRE MAL.						
				MIOC. AC.	ENCEF.	SIST. CIRC.						
Piemonte	3,0	245,2	17,7	51,6	44,2	96,4	25,0	37,1	35,9	4,1	57,4	617,5
Valle d'Aosta	5,1	250,9	23,0	57,9	33,8	98,1	33,0	58,4	32,0	6,8	96,5	695,6
Lombardia	2,6	294,8	15,7	58,8	38,1	90,8	25,9	40,2	50,3	3,2	46,9	667,3
p.a. Bolzano	4,2	255,0	15,6	58,9	33,9	79,3	27,9	39,5	27,5	2,0	70,1	613,8
p.a. Trento	3,1	275,5	13,5	60,9	32,4	108,1	27,6	44,9	35,1	4,0	56,9	662,0
Veneto	3,5	280,7	17,0	61,2	33,2	83,9	24,2	41,9	33,9	4,2	60,2	644,0
Friuli Ven. Giulia	4,6	297,7	21,6	52,3	31,5	98,9	26,8	42,9	29,5	3,9	60,1	669,8
Liguria	2,4	244,4	20,1	57,0	33,2	87,8	24,7	41,1	54,0	22,9	39,4	627,0
Emilia Romagna	2,8	234,2	15,8	56,5	32,9	82,8	20,7	27,3	39,8	5,0	56,0	573,7
Toscana	3,0	242,7	14,8	44,6	37,6	86,7	24,5	28,5	36,8	2,5	44,4	566,1
Umbria	1,9	219,3	12,4	53,3	40,7	70,8	27,3	26,7	30,3	1,5	57,1	541,2
Marche	2,9	208,1	14,1	49,6	34,5	71,1	26,1	24,3	28,8	1,9	46,4	507,7
Lazio	3,6	236,2	14,7	59,9	36,9	91,7	23,0	36,2	45,7	3,2	41,1	592,2
Abruzzo	3,3	198,9	16,1	51,4	40,2	86,0	35,9	37,4	34,6	3,1	48,6	555,4
Molise	2,6	180,4	14,0	55,3	42,1	67,5	24,8	50,9	35,7	3,5	48,6	525,5
Campania	3,6	238,7	13,0	69,0	53,6	106,3	39,0	59,7	48,6	16,5	36,0	684,1
Puglia	2,8	206,4	16,7	48,3	36,2	75,4	33,5	42,5	42,9	2,3	49,5	556,5
Basilicata	2,4	166,9	11,5	53,9	43,7	79,9	28,2	46,9	41,5	3,4	47,5	525,8
Calabria	2,9	185,2	10,5	52,7	47,6	88,0	32,4	47,1	37,8	8,2	48,8	561,2
Sicilia	1,9	190,9	15,2	57,9	49,4	88,2	34,8	40,9	51,2	6,7	46,0	583,0
Sardegna	4,1	219,9	16,7	56,0	38,9	77,3	33,2	49,0	45,5	3,1	62,5	606,3
Media Nazionale	3,0	241,5	15,6	56,3	39,7	88,4	27,8	39,6	42,7	5,6	48,9	609,1

dati 1994

Nota: tassi standardizzati con popolazione tipo = popolazione italiana

Tav. 2.3.2. - Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause - Femmine - 0-74 anni - Tassi x 100.000 ab.

REGIONI	MAL. INFETT. E PAR.	TUMORI	DIST. PSICH.	MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE			MAL. APP. RESP.	MAL. APP. DIGER.	ALTRI STATI MORBOSI	SINTOMI, MAL DEFIN.	TRAUM. AWELEN.	TOTALE
				INFARTO MIOC. AC.	DIST. CIRC. ENCEF.	ALTRE MAL. SIST. CIRC.						
Piemonte	1,5	134,5	10,9	15,3	26,1	42,9	9,1	15,6	22,8	2,1	18,7	299,5
Valle d'Aosta	1,6	120,7	4,6	14,1	12,5	47,7	11,4	23,4	25,1	5,6	26,6	293,4
Lombardia	1,4	137,4	7,6	17,5	21,9	37,1	7,8	16,7	25,9	1,7	14,1	289,0
p.a. Bolzano	2,2	109,2	7,7	20,1	19,6	28,7	11,2	8,7	21,0	1,8	19,0	249,2
p.a. Trento	1,8	122,8	5,5	19,5	18,3	33,2	7,9	18,1	19,4	1,1	13,6	261,3
Veneto	0,9	127,6	9,1	16,6	18,8	33,6	6,9	18,1	19,9	2,0	16,2	269,6
Friuli Ven. Giulia	1,6	135,4	12,9	15,5	22,0	41,0	9,1	19,1	17,7	3,9	19,0	297,3
Liguria	1,3	129,0	12,2	18,2	23,0	38,3	8,0	18,5	29,6	6,7	11,9	296,8
Emilia Romagna	1,7	127,8	10,1	15,1	21,6	33,2	6,9	12,4	24,0	2,1	18,9	274,0
Toscana	1,8	122,3	10,8	13,7	21,2	33,6	8,3	13,1	22,5	1,6	13,3	262,3
Umbria	1,2	121,4	7,6	17,9	25,5	34,1	7,2	11,0	18,0	0,3	15,0	259,2
Marche	1,1	109,1	9,7	13,5	21,9	29,7	6,5	7,2	20,2	0,3	14,9	234,1
Lazio	1,7	126,0	8,9	17,2	22,3	40,7	9,4	15,2	28,8	1,9	13,5	285,8
Abruzzo	1,8	98,8	7,9	17,8	24,8	39,3	9,3	15,9	32,6	1,5	12,9	262,7
Molise	1,3	89,5	10,1	15,2	30,3	50,2	8,8	17,3	29,1	0,7	15,1	267,5
Campania	1,0	122,3	8,0	20,7	34,9	58,3	11,1	33,7	45,1	5,2	9,7	350,0
Puglia	1,2	107,9	9,2	14,5	24,9	46,7	8,2	21,9	37,0	1,5	12,3	285,3
Basilicata	2,2	105,9	8,0	15,6	31,1	51,2	12,5	23,6	26,4	0,6	12,1	289,3
Calabria	1,5	96,9	7,3	15,2	32,8	52,5	9,5	18,0	35,7	3,5	13,7	286,6
Sicilia	1,3	115,1	10,7	18,3	38,9	50,3	11,2	20,6	40,9	2,8	11,2	321,4
Sardegna	1,9	118,1	9,8	15,9	21,6	40,4	9,1	15,3	29,5	1,1	15,8	278,4
Media Nazionale	1,4	123,7	9,3	16,6	25,1	41,0	8,7	17,8	28,7	2,4	14,1	288,7

dati 1994

Nota: tassi standardizzati con popolazione tipo = popolazione italiana

Tav. 2.3.3. - Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause - Maschi - 75 anni e più - Tassi x 100.000 ab.

REGIONI	MAL. INFETT. E PAR.	TUMORI	DIST. PSICH.	MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE			MAL. APP. RESP.	MAL. APP. DIGER.	ALTRI STATI MORBOSI	SINTOMI, MAL DEFIN.	TRAUM. AWELEN.	TOTALE
				INFARTO MIOC. AC.	DIST. CIRC. ENCEF.	ALTRE MAL. SIST. CIRC.						
Piemonte	35,5	2.533,0	335,9	609,4	1.789,6	2.827,1	1.034,8	412,9	455,8	222,3	365,9	10.622,1
Valle d'Aosta	0,0	2.564,3	175,0	852,3	1.362,4	2.466,6	1.316,6	411,2	670,0	258,9	532,7	10.610,0
Lombardia	46,6	2.875,2	336,7	720,9	1.459,1	2.670,3	1.054,5	434,0	509,6	163,2	298,8	10.568,8
p.a. Bolzano	35,7	2.436,5	262,7	876,7	1.329,2	2.679,3	1.007,2	287,1	276,6	95,3	251,4	9.537,7
p.a. Trento	64,2	2.341,7	350,2	621,6	1.189,9	3.199,3	832,6	532,0	405,3	156,0	265,5	9.958,2
Veneto	38,5	2.690,7	363,7	784,8	1.143,8	2.897,4	1.020,0	429,9	467,9	151,0	268,0	10.255,7
Friuli Ven. Giulia	51,8	2.831,4	384,4	627,2	1.182,6	3.026,1	1.147,4	473,2	432,3	113,9	395,4	10.665,7
Liguria	36,9	2.595,8	468,0	610,2	1.329,0	3.076,9	911,5	416,3	507,6	226,0	357,9	10.536,2
Emilia Romagna	39,4	2.540,8	393,1	713,5	1.223,7	2.725,5	849,0	364,2	407,4	144,9	320,8	9.722,1
Toscana	41,6	2.492,7	301,8	554,3	1.723,6	2.652,8	981,3	382,3	385,7	160,5	312,8	9.989,3
Umbria	44,9	2.311,3	298,4	599,2	1.750,8	2.745,1	959,5	469,2	546,4	191,9	361,7	10.278,5
Marche	45,2	2.339,6	328,1	560,2	1.616,4	2.509,7	934,2	331,0	466,5	122,6	284,2	9.537,8
Lazio	28,9	2.503,4	277,9	707,7	1.468,9	2.959,0	906,3	478,5	558,9	128,2	356,0	10.373,8
Abruzzo	45,1	2.040,9	304,1	593,8	1.768,1	2.784,8	1.070,1	534,0	565,6	183,1	315,4	10.205,0
Molise	50,3	2.076,2	292,0	671,0	1.648,7	2.817,8	783,9	430,6	491,6	272,3	231,9	9.766,3
Campania	14,0	2.139,3	191,9	673,5	2.129,3	2.990,6	1.305,7	602,8	538,1	224,2	246,7	11.056,4
Puglia	25,7	2.122,3	276,7	551,0	1.499,2	2.713,0	1.353,2	522,9	541,5	205,1	279,6	10.090,1
Basilicata	13,1	1.764,8	228,8	509,8	1.608,0	3.209,6	928,2	588,3	379,1	111,1	274,5	9.615,3
Calabria	34,4	1.699,8	205,2	504,6	1.817,8	2.957,7	1.112,6	452,8	438,6	351,3	255,7	9.830,4
Sicilia	18,0	1.852,9	255,8	579,9	2.184,3	2.847,7	1.215,1	387,2	681,8	364,4	304,9	10.692,0
Sardegna	35,3	2.184,6	213,3	614,5	1.586,8	2.353,5	1.186,1	412,4	415,8	305,2	365,1	9.672,5
Media Nazionale	35,1	2.407,2	310,5	643,9	1.598,8	2.804,8	1.053,9	439,3	494,7	198,3	311,7	10.298,5

dati 1994

Nota: tassi standardizzati con popolazione tipo = popolazione italiana

Tav. 2.3.4. - Mortalità standardizzata per grandi gruppi di cause - Femmine - 75 anni e più - Tassi x 100.000 ab.

REGIONI	MAL. INFETT. E PAR.	TUMORI	DIST. PSICH.	MALATTIE SISTEMA CARDIOVASCOLARE			MAL. APP. RESP.	MAL. APP. DIGER.	ALTRI STATI MORBOSI	SINTOMI, MAL DEFIN.	TRAUM. AVVELEN.	TOTALE
				INFARTO MIOC. AC.	DIST. CIRC. ENCEF.	ALTRE MAL. SIST. CIRC.						
Piemonte	24,5	1.292,4	318,8	364,0	1.651,0	2.471,7	440,5	306,8	420,7	270,7	334,1	7.895,1
Valle d'Aosta	38,8	1.126,5	267,1	553,5	1.307,4	1.925,5	431,9	403,9	358,6	256,3	185,2	6.854,7
Lombardia	26,6	1.431,9	300,5	461,4	1.334,0	2.263,1	442,4	300,5	440,9	175,0	238,0	7.414,4
p.a. Bolzano	30,9	1.488,4	181,4	558,1	1.161,3	2.253,0	417,7	202,5	386,7	113,9	230,6	7.024,5
p.a. Trento	31,0	1.325,6	252,6	453,8	962,2	2.490,7	366,6	322,6	413,1	126,3	148,3	6.892,7
Veneto	25,6	1.233,7	293,1	483,4	1.064,0	2.448,4	468,7	322,5	437,2	150,7	228,8	7.156,0
Friuli Ven. Giulia	47,1	1.337,5	314,9	445,7	1.092,4	2.475,2	496,2	357,8	446,4	133,3	245,2	7.391,9
Liguria	26,7	1.294,4	368,0	363,4	1.134,9	2.617,7	356,6	302,6	549,7	195,0	318,7	7.527,8
Emilia Romagna	18,2	1.280,2	341,5	452,5	1.166,6	2.245,1	372,7	273,4	379,2	167,7	204,4	6.901,6
Toscana	25,5	1.277,1	304,5	348,4	1.653,7	2.370,7	405,7	311,1	453,7	199,4	261,2	7.611,0
Umbria	34,1	1.172,2	227,0	366,7	1.677,0	2.118,2	423,1	256,3	436,6	201,5	240,9	7.153,7
Marche	21,8	1.121,9	280,2	428,2	1.633,7	2.212,1	355,8	296,3	461,9	146,8	265,6	7.224,2
Lazio	21,1	1.226,8	251,6	447,5	1.311,4	2.638,4	464,5	335,8	555,5	116,6	367,3	7.736,4
Abruzzo	12,9	984,7	340,3	364,8	1.617,5	2.689,6	441,0	340,2	570,8	161,3	286,5	7.809,7
Molise	14,1	847,4	214,5	355,7	1.708,5	2.573,3	448,2	324,8	517,4	179,1	295,8	7.478,9
Campania	11,2	1.059,5	196,0	436,9	2.151,4	3.017,1	504,9	468,2	697,3	179,7	256,2	8.978,5
Puglia	15,4	968,3	281,3	372,2	1.562,7	2.844,9	489,5	308,8	709,6	219,7	298,4	8.070,8
Basilicata	9,6	972,7	189,9	322,1	1.675,5	3.175,8	390,8	346,2	577,7	112,5	281,1	8.053,9
Calabria	7,1	863,9	183,2	336,1	1.828,7	2.945,8	439,3	310,8	466,8	367,0	247,3	7.995,9
Sicilia	15,3	1.060,8	219,1	352,1	2.177,4	2.976,9	556,2	338,8	714,3	460,0	300,6	9.171,5
Sardegna	19,0	1.093,2	245,3	401,0	1.561,9	2.501,6	498,4	346,2	553,3	378,8	371,0	7.969,7
Media Nazionale	22,2	1.221,8	284,1	414,2	1.495,3	2.523,7	445,1	321,8	505,7	208,0	271,9	7.713,7

dati 1994

Nota: tassi standardizzati con popolazione tipo = popolazione italiana

Tav. 2.4.1. - Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause - 5-64 anni - Tassi x 100.000 ab.

REGIONE	PREVENZIONE PRIMARIA		DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASSISTENZA SANITARIA		TOTALE CAUSE EVITABILI	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Piemonte	142,2	36,6	3,5	29,9	56,5	18,4	202,2	84,9
Valle d'Aosta	217,2	50,4	1,9	34,4	80,7	22,1	299,8	106,9
Lombardia	143,8	31,5	3,4	28,7	58,5	16,4	205,7	76,6
p.a. Bolzano	142,5	34,2	5,6	16,9	58,6	16,0	206,7	67,1
p.a. Trento	153,7	36,3	0,5	22,2	60,5	16,2	214,7	74,7
Veneto	151,6	34,6	2,7	24,9	53,0	15,5	207,3	75,0
Friuli Ven. Giulia	158,1	40,6	2,8	28,4	56,9	15,9	217,8	84,9
Liguria	110,4	33,8	3,5	29,5	53,7	18,0	167,6	81,3
Emilia Romagna	123,4	36,2	2,4	26,4	55,0	16,5	180,8	79,1
Toscana	118,7	28,2	3,6	24,6	47,5	15,0	169,8	67,8
Umbria	119,5	31,9	1,8	24,2	51,4	15,8	172,7	71,9
Marche	98,9	23,5	2,5	24,5	47,4	15,0	148,8	63,0
Lazio	108,1	31,0	3,8	25,3	59,4	19,2	171,3	75,5
Abruzzo	102,7	26,0	1,7	21,3	57,5	18,7	161,9	66,0
Molise	114,2	33,5	5,7	21,8	63,5	18,9	183,4	74,2
Campania	123,5	30,1	2,9	27,3	75,7	23,8	202,1	81,2
Puglia	119,7	25,6	2,9	26,2	49,8	17,9	172,4	69,7
Basilicata	113,9	25,7	1,2	25,8	60,9	21,8	176,0	73,3
Calabria	115,6	30,9	0,9	21,9	59,2	21,2	175,7	74,0
Sicilia	112,1	31,1	2,8	26,2	61,2	21,9	176,1	79,2
Sardegna	141,9	29,8	2,1	26,4	59,6	16,5	203,6	72,7
Media Nazionale	127,4	31,4	3,0	26,5	57,6	18,1	188,0	76,0

dati 1994

Nota: tassi standardizzati con popolazione tipo = popolazione italiana

Tav. 2.5.1. - Mortalità infantile e mortalità standardizzata 0-4 anni per grandi gruppi di cause

REGIONE	MORTALITÀ INFANTILE (a)				MORTALITÀ STANDARD (b)			
	MALFORMAZIONI CONGENITE	CONDIZ. MORBOSE DI ORIG. PERIN.	ALTRE CAUSE	TOTALE CAUSE	MALF. CONGEN. E ALTRE CAUSE PERIN.	MALATTIE SIST. CIRCOLATORIO	TUMORI	TOTALE CAUSE
Piemonte	1,2	3,2	0,9	5,3	88,2	6,6	5,4	130,2
Valle d'Aosta	2,0	1,0	2,0	5,1	60,6	0,0	0,0	141,4
Lombardia	1,6	2,4	1,0	4,9	81,0	7,1	5,0	116,3
p.a. Bolzano	1,0	3,1	0,8	4,8	80,3	3,8	3,8	110,9
p.a. Trento	1,8	2,4	0,7	4,9	84,5	0,0	0,0	106,8
Veneto	1,4	2,3	1,2	4,9	72,9	6,7	8,8	119,5
Friuli Ven. Giulia	0,8	1,5	1,0	3,3	43,9	4,6	4,6	83,2
Liguria	1,3	3,2	1,1	5,6	90,3	12,4	7,1	140,0
Emilia Romagna	1,6	2,8	1,1	5,4	89,1	6,4	7,8	137,6
Toscana	1,3	3,6	0,8	5,7	94,6	3,8	5,3	128,9
Umbria	1,1	3,2	0,5	4,8	85,4	0,0	6,1	109,7
Marche	1,7	4,2	0,7	6,6	116,0	3,3	3,3	134,2
Lazio	1,5	3,0	0,9	5,4	92,0	7,7	10,9	135,6
Abruzzo	2,1	5,5	0,8	8,3	152,9	8,0	9,7	193,1
Molise	2,9	2,9	1,0	6,7	113,9	6,0	0,0	161,9
Campania	2,0	5,3	1,0	8,4	145,6	6,4	5,2	188,2
Puglia	1,6	4,6	1,0	7,2	123,4	2,9	2,9	161,8
Basilicata	1,7	4,2	0,8	6,7	118,0	11,5	0,0	141,0
Calabria	2,7	4,7	0,6	8,0	138,9	6,3	3,2	172,1
Sicilia	2,2	4,9	1,1	8,3	144,3	6,6	3,7	184,6
Sardegna	1,6	2,6	0,8	5,0	76,4	7,4	4,9	112,2
Media Nazionale	1,7	3,7	1,0	6,4	108,1	6,2	5,5	148,0

dati 1994

(a) Morti di età inferiore ad un anno diviso nati vivi (x1.000)

(b) Morti 0-4 anni diviso bambini 0-4 anni (x100.000)

Tav. 2.6.1. - Infortuni sul lavoro per classi di età e per esito - x 100.000

REGIONE	INVALIDITÀ TEMPORANEE (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	610,5	921,3	355,0	1.886,8	11,1	33,2	28,4	72,7
Valle d'Aosta	574,3	1.036,5	327,0	1.937,8	12,1	39,8	35,0	86,9
Lombardia	682,8	866,4	258,5	1.807,7	13,5	32,2	20,2	65,9
p.a. Bolzano	1.026,6	1.154,3	514,4	2.695,4	16,2	43,7	44,0	103,8
p.a. Trento	886,9	1.225,5	405,0	2.517,5	19,7	48,0	30,5	98,2
Veneto	953,1	1.200,4	413,4	2.566,9	17,2	37,4	27,5	82,0
Friuli Ven. Giulia	820,1	1.169,7	368,8	2.358,7	14,2	47,7	28,5	90,3
Liguria	477,5	1.035,0	346,8	1.859,4	10,8	51,9	37,6	100,3
Emilia Romagna	969,7	1.358,6	563,3	2.891,6	21,3	53,9	48,2	123,4
Toscana	624,9	1.046,3	483,9	2.155,1	14,7	48,3	45,2	108,2
Umbria	737,3	1.400,0	747,0	2.884,3	27,3	78,9	76,4	182,7
Marche	791,4	1.240,8	786,5	2.818,8	21,8	74,3	82,9	179,1
Lazio	224,1	507,6	205,1	936,9	5,5	19,8	15,5	40,8
Abruzzo	502,5	977,8	539,5	2.019,8	13,4	46,4	49,5	109,4
Molise	381,7	957,0	556,3	1.895,0	10,7	58,5	49,2	118,4
Campania	160,3	402,4	162,5	725,1	9,0	29,5	19,2	57,7
Puglia	336,4	648,4	216,0	1.200,8	12,2	39,0	23,2	74,4
Basilicata	475,4	769,9	362,1	1.607,4	13,2	40,5	30,3	84,0
Calabria	162,9	377,1	146,5	686,5	8,1	27,3	16,3	51,6
Sicilia	186,0	401,8	160,3	748,1	7,8	25,9	17,2	50,9
Sardegna	308,2	682,0	223,7	1.214,0	9,5	32,7	19,0	61,2
Media Nazionale	521,0	819,3	318,2	1.658,5	12,5	36,8	28,2	77,6

dati 1996

(a) Numero di invalidità temporanee diviso residenti

(b) Numero di invalidità permanenti diviso residenti

Tavola 2.7.1 - Spesa corrente del Ssn: indice spesa totale e quote spesa diretta e convenzionata (popolazione pesata)

REGIONE	TOTALE SPESA (a)	QUOTA SPESA DIRETTA (b)	QUOTA OSPEDALIERA CONVENZIONATA (c)	QUOTA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (d)	QUOTA MED BASE (e)	QUOTA SPECIALISTICA (INTERNA E ESTERNA) (f)
Piemonte	90,3	66,3	5,7	10,9	6,4	1,5
Valle d'Aosta	105,1	75,7	0,7	8,1	5,8	2,0
Lombardia	103,1	59,5	13,8	10,5	5,6	1,8
p.a. Bolzano	138,3	76,6	6,4	5,2	3,4	0,8
p.a. Trento	105,8	68,4	7,8	7,8	6,0	1,1
Veneto	103,4	68,2	5,9	8,7	5,8	2,2
Friuli Venezia Giulia	93,0	68,8	9,4	9,0	6,1	1,0
Liguria	88,4	66,8	5,7	13,0	6,7	2,2
Emilia Romagna	101,9	68,5	7,0	9,5	6,1	1,6
Toscana	93,4	69,6	4,0	11,1	7,0	1,7
Umbria	88,2	72,5	2,1	12,8	7,2	1,4
Marche	96,5	68,4	7,0	11,8	6,7	2,0
Lazio	105,3	49,3	24,5	11,3	5,3	4,0
Abruzzo	92,9	63,5	9,9	11,9	7,0	1,6
Molise	89,3	65,8	5,7	11,7	7,3	2,0
Campania	107,6	53,7	13,4	14,0	5,5	4,6
Puglia	103,8	55,2	18,1	12,5	5,9	2,6
Basilicata	94,4	63,9	1,3	12,7	7,0	1,6
Calabria	98,4	61,2	9,1	13,1	7,5	3,3
Sicilia	97,5	58,1	10,5	12,3	7,1	4,3
Sardegna	109,4	66,5	6,5	10,0	6,0	1,9
Media Nazionale	100,0	61,8	10,8	11,2	6,1	2,5

dati 1996

(a) totale spesa: numero indice 1.738,4 = 100 (equivalente alla spesa pro-capite nazionale)

(b) spesa diretta (personale Ssn + beni e servizi) diviso spesa totale

(c) spesa ospedaliera convenzionata diviso spesa totale

(d) spesa farmaceutica convenzionata diviso spesa totale

(e) spesa medicina di base convenzionata diviso spesa totale

(f) spesa specialistica convenzionata interna ed esterna diviso spesa totale

Tavola 2.7.2 - Spesa corrente convenzionata del Ssn: valori indice (popolazione pesata)

REGIONE	TOTALE (a)	OSPEDALIERA (b)	FARMACEUTICA (c)	MEDICINA DI BASE (d)	SPECIALISTICA (INTERNA/ESTERNA) (e)
Piemonte	80,5	47,3	87,8	94,1	53,0
Valle d'Aosta	63,6	6,9	75,9	99,3	81,7
Lombardia	110,1	131,5	96,4	93,5	73,0
p.a. Bolzano	77,6	81,7	64,3	77,7	41,2
p.a. Trento	89,2	76,0	73,4	103,2	47,5
Veneto	86,6	56,7	80,3	98,4	88,6
Friuli Venezia Giulia	78,0	81,0	74,9	92,8	37,1
Liguria	83,2	46,8	102,4	96,1	76,9
Emilia Romagna	88,6	65,7	86,0	102,0	64,1
Toscana	79,7	34,6	92,5	107,0	61,4
Umbria	69,0	16,9	100,2	104,2	48,9
Marche	82,3	62,1	101,0	104,7	78,2
Lazio	140,3	238,9	106,1	91,7	167,3
Abruzzo	88,8	85,0	98,3	105,9	57,7
Molise	81,3	47,5	92,9	105,8	70,9
Campania	124,4	133,9	134,7	97,3	195,4
Puglia	118,7	173,9	116,0	99,4	105,3
Basilicata	87,6	11,2	106,6	107,7	58,8
Calabria	96,1	83,0	114,6	120,6	129,2
Sicilia	104,4	94,8	107,2	112,9	165,1
Sardegna	87,2	65,8	97,0	107,1	80,7
Media Nazionale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

(a) Spesa per assistenza in convenzione. Numero indice 650,8=100 (equivalente alla spesa pro-capite nazionale)

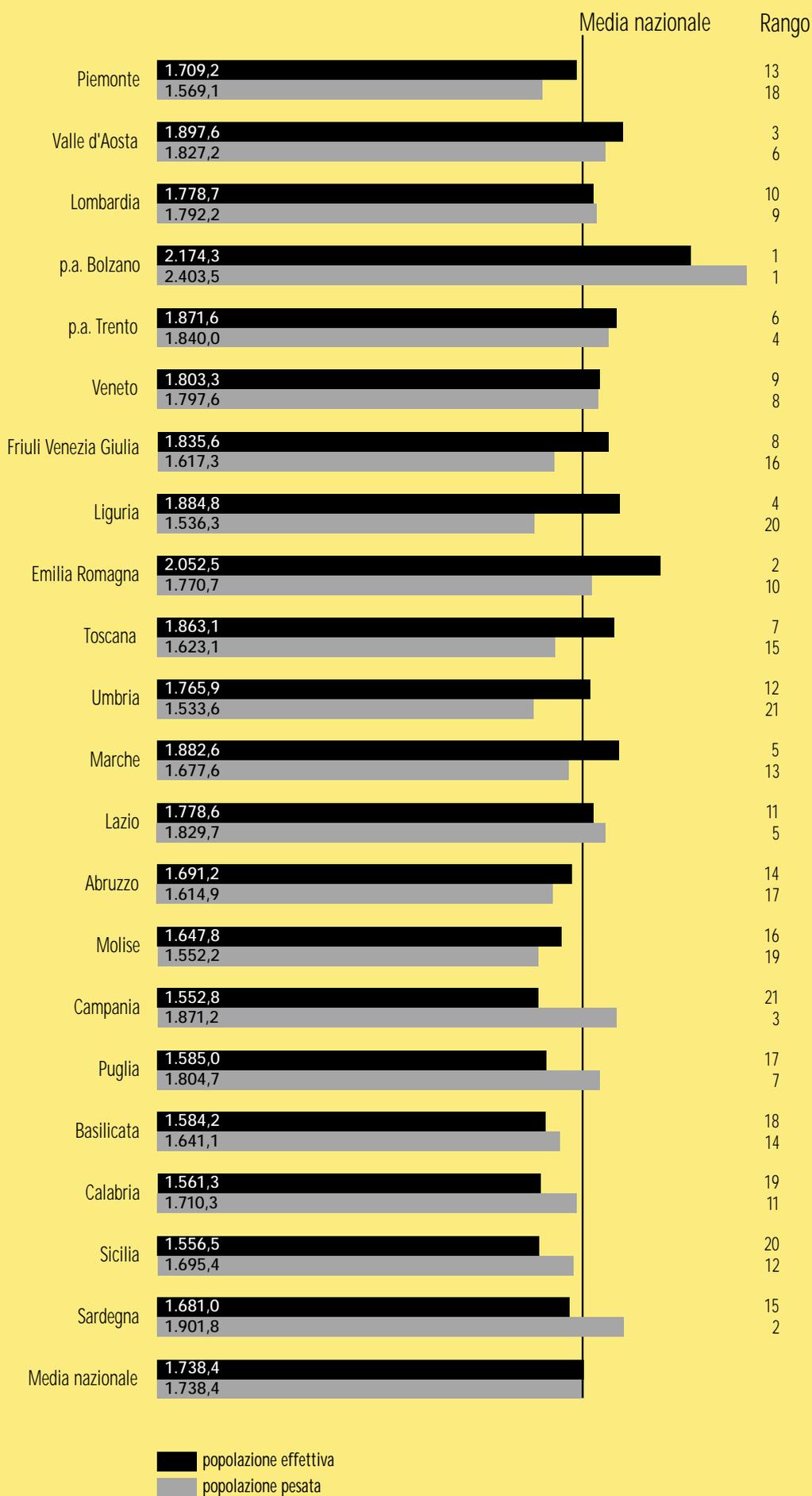
(b) Spesa ospedaliera convenzionata. Numero indice 187,8=100 (equivalente alla spesa pro-capite nazionale)

(c) Spesa farmaceutica convenzionata. Numero indice 195,2=100 (equivalente alla spesa pro-capite nazionale)

(d) Spesa medicina di base convenzionata. Numero indice 106,6=100 (equivalente alla spesa pro-capite nazionale)

(e) Spesa specialistica convenzionata (int/est). Numero indice 43,9=100 (equivalente alla spesa pro-capite nazionale)

Grafico 2.7. - Confronto tra spesa corrente pro-capite per popolazione pesata e per popolazione effettiva del Ssn (migliaia di lire)



Tav. 2.8.1. - Dotazione posti letto (a) - Terapia intensiva e specialità ad elevata assistenza - Posti letto x 100.000 ab.

REGIONE	TERAPIA INTENSIVA				SPECIALITÀ AD ELEVATA ASSISTENZA			
	Osp. Usl. (b)	AZIENDE Osp. (c)	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.	Osp. Usl.	AZIENDE Osp.	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.
Piemonte	6,5	4,9	-	11,4	5,7	11,8	0,5	18,0
Valle d'Aosta	8,4	-	-	8,4	36,1	-	-	36,1
Lombardia	4,3	6,5	0,6	11,3	4,4	18,7	0,6	23,7
p.a. Bolzano	17,2	-	-	17,2	11,0	-	-	11,0
p.a. Trento	8,4	-	-	8,4	13,6	-	-	13,6
Veneto	10,0	2,5	-	12,5	11,5	9,5	-	21,0
Friuli Ven. Giulia	3,5	6,2	-	9,7	8,4	12,5	-	21,0
Liguria	9,4	11,1	-	20,5	8,8	18,1	-	27,0
Emilia Romagna	7,9	6,7	0,3	14,8	8,2	10,2	1,3	19,6
Toscana	9,4	6,2	-	15,6	6,9	13,6	0,9	21,4
Umbria	5,2	5,4	-	10,6	3,1	14,9	-	18,0
Marche	8,3	5,0	-	13,3	13,5	4,6	-	18,1
Lazio	4,7	6,1	2,4	13,2	9,2	18,0	0,7	27,8
Abruzzo	18,4	-	-	18,4	22,3	-	-	22,3
Molise	12,1	0,9	-	13,0	18,1	6,0	-	24,2
Campania	5,2	4,2	0,3	9,7	8,3	16,7	1,1	26,1
Puglia	4,4	6,9	0,2	11,4	12,2	14,1	1,0	27,3
Basilicata	3,3	3,9	-	7,2	13,1	21,7	-	34,8
Calabria	4,9	3,4	-	8,2	3,5	12,0	1,0	16,4
Sicilia	2,1	10,2	0,0	12,3	4,6	15,6	0,8	21,0
Sardegna	11,4	1,5	-	12,9	7,6	11,2	-	18,8
Media Nazionale	6,3	5,6	0,4	12,4	8,1	13,9	0,6	22,6

dati 1996

(a) Posti letto diviso popolazione

(b) Ospedali Usl comprendono ospedali pubblici ed equiparati

(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS

Tav. 2.8.2. - Dotazione posti letto (a) - Specialità a media assistenza e Specialità di base - Posti letto x 100.000 ab.

REGIONE	SPECIALITÀ A MEDIA ASSISTENZA				SPECIALITÀ DI BASE			
	Osp. Usl. (b)	AZIENDE Osp. (c)	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.	Osp. Usl.	AZIENDE Osp.	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.
Piemonte	29,4	29,1	16,5	74,9	224,4	92,4	34,6	351,3
Valle d'Aosta	84,9	-	-	84,9	284,1	-	-	284,1
Lombardia	32,8	47,3	10,8	91,0	199,5	129,7	43,3	372,5
p.a. Bolzano	65,6	-	18,5	84,1	395,6	-	30,0	425,7
p.a. Trento	41,9	-	-	41,9	402,6	-	54,0	456,6
Veneto	54,8	17,8	9,3	81,9	352,1	67,6	19,4	439,1
Friuli Ven. Giulia	20,5	40,6	0,8	62,0	293,1	149,5	44,6	487,2
Liguria	33,6	66,9	1,2	101,7	269,7	147,1	3,6	420,5
Emilia Romagna	25,9	26,8	7,4	60,2	245,8	121,5	71,8	439,1
Toscana	27,0	20,1	4,0	51,1	269,2	99,1	44,4	412,6
Umbria	21,3	38,9	-	60,2	232,9	153,6	23,1	409,6
Marche	44,9	25,5	12,0	82,4	355,3	41,6	47,3	444,2
Lazio	24,1	38,3	21,2	83,6	204,5	137,6	68,0	410,2
Abruzzo	64,2	-	8,6	72,9	387,8	-	52,9	440,7
Molise	50,7	9,7	-	60,4	362,5	-	28,1	390,6
Campania	25,1	29,3	19,8	74,2	137,4	80,8	63,1	281,4
Puglia	47,9	38,3	6,9	93,1	266,8	99,7	39,1	405,6
Basilicata	27,8	27,6	-	55,4	267,2	93,0	9,9	370,1
Calabria	26,9	15,3	21,4	63,7	207,7	76,1	102,5	386,3
Sicilia	17,1	38,5	15,2	70,8	116,4	138,7	49,4	304,5
Sardegna	38,2	13,4	8,4	60,1	249,5	68,9	74,3	392,8
Media Nazionale	32,6	31,8	11,9	76,3	231,5	103,1	48,7	383,3

dati 1996

(a) Posti letto diviso popolazione

(b) Ospedali Usl comprendono ospedali pubblici ed equiparati

(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS

Tav. 2.8.3. - Dotazione posti letto (a) - Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree - Posti letto x 100.000 ab.

REGIONE	RIABILITAZIONE, LUNGODEGENZA, PSICHIATRIA				TOTALE AREE			
	Osp. Usl (b)	AZIENDE OSP. (c)	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.	Osp. Usl	AZIENDE OSP.	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.
Piemonte	19,4	11,3	39,4	70,1	304,6	149,5	90,9	545,0
Valle d'Aosta	17,7	-	-	17,7	431,2	-	-	431,2
Lombardia	18,0	13,6	65,7	97,3	291,6	215,8	121,0	628,4
p.a. Bolzano	27,4	-	26,9	54,3	516,8	-	75,5	592,3
p.a. Trento	61,8	-	79,7	141,5	536,9	-	133,7	670,6
Veneto	55,5	3,0	4,6	63,0	514,5	100,4	33,3	648,2
Friuli Ven. Giulia	18,2	4,6	9,0	31,8	343,7	213,5	54,5	611,7
Liguria	12,8	18,7	26,8	58,4	390,3	261,9	31,7	683,9
Emilia Romagna	10,9	7,6	26,0	44,5	309,3	172,8	106,8	588,9
Toscana	7,7	5,7	25,5	38,9	342,3	144,7	74,7	561,8
Umbria	5,9	0,7	12,7	19,3	280,0	213,5	35,8	529,3
Marche	11,1	7,1	40,3	58,5	440,1	83,7	99,6	623,4
Lazio	12,5	7,5	171,7	191,7	265,7	207,5	293,9	767,1
Abruzzo	29,4	-	49,8	79,2	578,1	-	111,3	689,4
Molise	11,8	13,6	22,0	47,4	455,2	30,2	50,1	535,5
Campania	4,4	2,1	29,6	36,1	222,5	133,1	113,9	469,4
Puglia	22,1	2,4	20,4	44,8	424,9	161,5	67,5	654,0
Basilicata	6,4	2,6	84,1	93,2	317,8	148,9	178,6	645,3
Calabria	5,6	1,8	32,7	40,0	259,1	108,5	157,5	525,2
Sicilia	7,0	6,3	1,5	14,8	180,0	209,2	66,9	456,1
Sardegna	9,6	-	8,1	17,6	361,5	95,0	90,8	547,3
Media Nazionale	16,7	6,7	43,6	66,9	324,4	161,2	108,7	594,3

dati 1996

(a) Posti letto diviso popolazione

(b) Ospedali Usl comprendono ospedali pubblici ed equiparati

(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS

Tav. 2.8.4. - Tasso di utilizzazione (a) - Terapia intensiva e Specialità ad elevata assistenza - x 100

REGIONE	TERAPIA INTENSIVA				SPECIALITÀ AD ELEVATA ASSISTENZA			
	Osp. Usl (b)	AZIENDE OSP. (c)	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.	Osp. Usl	AZIENDE OSP.	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.
Piemonte	74,4	79,0	-	76,4	72,7	74,4	229,9	77,3
Valle d'Aosta	86,3	-	-	86,3	58,7	-	-	58,7
Lombardia	76,4	81,9	96,6	80,6	60,2	80,0	157,1	78,0
p.a. Bolzano	67,5	-	-	67,5	68,0	-	-	68,0
p.a. Trento	82,5	-	-	82,5	88,4	-	-	88,4
Veneto	78,9	78,0	-	78,7	75,1	78,9	-	76,8
Friuli Ven. Giulia	81,2	53,0	-	62,6	63,3	92,5	-	80,4
Liguria	79,3	78,7	-	79,0	72,4	79,9	-	77,5
Emilia Romagna	79,3	79,1	59,4	79,1	71,8	75,5	65,3	73,6
Toscana	78,9	89,0	-	82,6	75,4	76,1	61,9	75,3
Umbria	74,5	76,0	-	75,2	61,0	70,0	-	68,6
Marche	85,4	95,3	-	89,3	74,6	68,2	-	72,9
Lazio	79,0	89,4	67,4	81,2	70,3	87,3	39,9	80,4
Abruzzo	70,8	-	-	70,8	73,9	-	-	73,9
Molise	75,9	80,5	-	76,2	85,3	86,9	-	85,6
Campania	72,5	75,3	32,7	72,7	57,7	75,1	47,1	68,9
Puglia	88,8	78,5	91,4	82,5	64,5	80,9	91,9	74,4
Basilicata	70,3	98,3	-	85,4	48,3	74,5	-	65,4
Calabria	69,9	88,7	-	76,7	43,1	81,8	43,0	71,2
Sicilia	71,5	79,8	9,3	78,3	57,8	78,8	115,5	75,5
Sardegna	68,7	94,9	-	73,3	64,1	69,7	-	67,4
Media Nazionale	76,8	81,0	73,4	78,6	67,7	79,0	91,3	75,2

dati 1996

(a) Posti letto diviso popolazione

(b) Ospedali Usl comprendono ospedali pubblici ed equiparati

(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS

Tav. 2.8.5. - Tasso di utilizzazione (a) - Specialità a media assistenza e Specialità base - x 100

REGIONE	SPECIALITÀ A MEDIA ASSISTENZA				SPECIALITÀ BASE			
	Osp. Usl. (b)	AZIENDE OSP. (c)	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.	Osp. Usl.	AZIENDE OSP.	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.
Piemonte	80,0	77,8	82,9	79,7	75,8	81,0	76,8	77,3
Valle d'Aosta	90,9	-	-	90,9	90,9	-	-	90,9
Lombardia	73,3	78,0	75,1	76,0	72,9	79,0	78,1	75,7
p.a. Bolzano	65,1	-	67,5	65,6	78,4	-	89,7	79,2
p.a. Trento	79,3	-	-	79,3	80,5	-	59,5	78,4
Veneto	78,7	76,2	85,8	78,9	78,8	75,5	78,9	78,3
Friuli Ven. Giulia	64,3	62,5	56,5	63,0	68,8	67,5	64,4	68,0
Liguria	83,4	79,3	68,4	80,7	76,3	77,9	42,7	76,5
Emilia Romagna	78,3	78,5	54,0	76,1	79,3	79,0	69,0	77,6
Toscana	75,7	76,3	54,6	74,3	75,2	79,3	51,4	73,7
Umbria	64,9	83,9	-	77,1	66,7	79,5	87,8	72,7
Marche	76,1	82,5	91,5	80,5	76,6	92,7	67,0	77,2
Lazio	70,4	80,4	56,2	71,0	78,6	87,8	71,5	80,0
Abruzzo	79,8	-	46,7	75,6	79,3	-	76,0	78,8
Molise	61,5	90,3	-	66,1	80,6	-	67,9	79,9
Campania	68,9	80,2	73,0	74,4	76,6	80,3	65,9	75,3
Puglia	65,7	72,3	72,1	69,1	68,4	74,9	72,1	70,4
Basilicata	55,9	71,5	-	63,9	69,4	73,2	73,5	70,5
Calabria	56,8	84,6	100,0	76,6	65,9	80,6	67,4	69,1
Sicilia	67,9	80,5	68,2	74,9	67,2	78,1	69,4	72,5
Sardegna	65,9	71,5	64,8	67,1	65,3	69,6	57,6	64,6
Media Nazionale	72,8	77,8	71,9	74,8	74,6	79,1	69,6	75,2

dati 1996

(a) Posti letto diviso popolazione

(b) Ospedali Usl comprendono ospedali pubblici ed equiparati

(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS

Tav. 2.8.6. - Tasso di utilizzazione (a) - Riabilitazione, lungodegenza, psichiatria e totale aree - x 100

REGIONE	RIABILITAZIONE, LUNGODEGENZA, PSICHIATRIA				TOTALE AREE			
	Osp. Usl. (b)	AZIENDE OSP. (c)	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.	Osp. Usl.	AZIENDE OSP.	IST. ACCREDITATI	TOTALE OSP.
Piemonte	85,0	90,1	96,8	92,2	77,7	80,5	87,1	80,0
Valle d'Aosta	70,7	-	-	70,7	87,3	-	-	87,3
Lombardia	87,1	84,2	95,8	92,6	75,0	79,3	88,2	79,0
p.a. Bolzano	95,2	-	91,2	93,2	77,0	-	85,4	78,1
p.a. Trento	79,5	-	110,4	96,6	80,6	-	91,9	82,5
Veneto	86,3	88,9	88,8	86,7	79,5	76,4	82,2	79,2
Friuli Ven. Giulia	82,8	85,5	82,1	83,0	69,5	67,8	67,3	68,7
Liguria	93,8	94,2	88,1	91,6	79,5	79,6	80,5	79,6
Emilia Romagna	97,1	87,2	97,2	95,7	80,1	79,0	75,2	78,9
Toscana	81,5	82,0	95,0	90,4	77,1	79,0	66,6	76,2
Umbria	67,3	66,2	82,5	78,2	68,1	79,5	85,8	73,9
Marche	89,0	77,7	95,1	91,9	77,3	87,3	81,5	79,4
Lazio	88,2	97,0	96,8	96,3	78,8	86,7	83,5	82,6
Abruzzo	90,6	-	97,3	95,3	79,8	-	83,6	80,5
Molise	80,3	96,7	80,1	84,9	78,6	92,4	73,9	78,9
Campania	74,9	86,5	92,3	89,7	77,6	79,5	73,8	77,2
Puglia	86,6	84,3	89,2	87,7	71,9	75,1	78,0	73,3
Basilicata	89,1	59,4	73,7	74,3	67,8	73,5	84,7	73,9
Calabria	79,7	77,9	81,3	80,8	66,4	81,5	73,7	71,6
Sicilia	85,1	75,7	141,9	86,1	72,1	78,6	71,0	75,0
Sardegna	66,9	-	86,6	75,5	66,6	70,5	60,7	66,3
Media Nazionale	86,0	86,4	95,0	92,0	76,0	79,2	80,1	77,6

dati 1996

(a) Posti letto diviso popolazione

(b) Ospedali Usl comprendono ospedali pubblici ed equiparati

(c) Aziende ospedaliere includono i Policlinici universitari e gli IRCCS

Tav. 2.9.1. - Personale delle Aziende sanitarie locali e ospedaliere

REGIONE	PERSONALE X 10.000 ABITANTI				NUMERO DONNE X 100 UOMINI				INFERMIERI X MEDICO	QUOTA SPESA PERS. (a) x 100
	MED. E VET.	ALTRI DIRIGENTI	ALTRO PERSONALE	TOTALE	MED. E VET.	ALTRI DIRIGENTI	ALTRO PERSONALE	TOTALE		
Piemonte	18,0	2,9	89,2	110,1	39,2	126,2	300,5	201,8	3,0	42,9
Valle d'Aosta	21,4	3,7	123,8	148,9	22,6	100,0	300,3	196,3	3,3	50,4
Lombardia	15,3	3,0	86,2	104,5	38,5	95,5	259,0	185,4	3,4	38,8
p.a. Bolzano	15,3	3,1	97,9	116,3	29,5	109,0	223,9	167,1	3,6	50,5
p.a. Trento	17,5	2,4	110,9	130,8	30,9	80,6	226,3	168,6	3,7	47,8
Veneto	16,7	3,2	97,6	117,5	25,9	70,6	172,1	130,4	3,9	44,4
Friuli Venezia Giulia	17,1	3,4	113,0	133,4	30,9	75,5	235,3	174,1	4,2	45,6
Liguria	18,4	3,9	110,8	133,1	36,0	98,5	187,3	146,3	3,6	45,0
Emilia Romagna	19,7	3,8	106,0	129,5	38,7	121,7	290,8	200,9	3,7	43,3
Toscana	18,6	3,8	109,1	131,5	35,7	86,2	203,0	154,0	3,8	47,5
Umbria	22,9	4,3	98,3	125,5	33,3	102,3	175,6	128,3	2,8	49,7
Marche	18,0	4,5	93,6	116,0	26,6	78,2	169,2	125,4	3,3	44,3
Lazio	13,8	3,5	68,5	85,7	36,8	123,5	130,2	107,2	2,9	35,5
Abruzzo	19,5	3,1	93,8	116,4	32,4	71,4	138,6	108,4	3,0	44,5
Molise	22,3	4,3	90,3	116,9	30,6	116,9	152,4	113,2	2,7	47,5
Campania	17,6	2,9	74,7	95,2	23,1	87,8	74,4	62,3	2,5	40,4
Puglia	14,6	3,2	77,8	95,6	22,6	73,4	106,3	85,7	3,1	40,2
Basilicata	16,4	4,0	76,8	97,2	24,8	93,7	109,4	87,4	2,8	42,4
Calabria	19,1	4,4	88,6	112,1	24,3	84,0	78,5	66,3	2,4	47,1
Sicilia	18,8	3,7	74,9	97,4	29,1	117,9	96,6	79,2	2,2	43,7
Sardegna	23,7	4,2	101,5	129,4	57,7	182,4	153,7	128,9	2,6	47,9
Media Nazionale	17,3	3,4	88,3	109,1	32,5	98,4	163,5	125,7	3,1	42,4

dati 1996

(a) Spesa personale diviso spesa corrente totale

Tav. 2.9.2. - Personale del Ssn: retribuzione media e incidenza salario variabile

REGIONE	MEDICI		ALTRI DIRIGENTI		ALTRO PERSONALE		TOTALE PERSONALE	
	RETRIBUZIONE MEDIA	SALARIO VARIABILE	RETRIBUZIONE MEDIA	SALARIO VARIABILE	RETRIBUZIONE MEDIA	SALARIO VARIABILE	RETRIBUZIONE MEDIA	SALARIO VARIABILE
	MIGLIAIA DI LIRE	x 100						
Piemonte	7.617,7	18,0	5.683,9	21,0	3.020,4	8,6	3.864,6	12,2
Valle d'Aosta	8.178,8	17,2	6.180,1	19,2	3.170,6	6,4	3.975,3	10,1
Lombardia	7.545,2	16,7	5.591,7	18,4	2.979,9	7,9	3.715,8	11,0
p.a. Bolzano	14.032,5	41,4	8.016,6	26,0	3.575,5	12,4	5.008,0	23,2
p.a. Trento	8.796,9	23,2	5.914,9	21,3	3.047,2	9,5	3.869,1	14,0
Veneto	8.499,0	20,0	5.801,8	21,2	3.110,3	9,5	3.957,4	13,2
Friuli Ven. Giulia	7.928,5	15,2	5.804,2	21,5	2.914,6	4,5	3.594,6	8,1
Liguria	6.855,0	8,4	5.183,1	13,7	2.911,7	4,0	3.515,5	5,6
Emilia Romagna	8.155,6	19,4	5.599,0	19,4	3.082,8	8,1	3.958,9	12,3
Toscana	7.573,2	13,8	5.572,2	18,1	3.089,2	6,8	3.795,3	9,3
Umbria	7.454,7	9,1	5.442,4	13,4	3.136,5	6,1	3.978,8	7,5
Marche	8.123,3	16,4	5.522,0	17,6	3.067,5	7,2	3.933,8	10,7
Lazio	6.821,7	7,3	4.778,3	8,0	3.077,5	8,3	3.742,4	8,0
Abruzzo	7.053,4	10,4	5.150,4	13,4	2.962,8	5,1	3.693,1	7,1
Molise	7.836,0	10,8	5.394,5	17,1	3.125,3	9,6	4.105,2	10,4
Campania	6.734,7	11,0	5.020,2	12,9	3.152,0	8,6	3.847,5	9,5
Puglia	7.492,6	12,3	5.424,8	13,3	3.014,8	6,4	3.762,0	8,5
Basilicata	6.726,7	7,2	4.780,9	7,6	2.974,1	4,6	3.679,6	5,6
Calabria	6.847,1	6,7	5.028,9	7,7	2.918,1	4,1	3.651,1	5,1
Sicilia	6.691,6	6,2	4.508,2	6,9	2.965,1	6,0	3.730,2	6,1
Sardegna	6.564,0	6,2	4.485,5	6,1	2.814,0	2,9	3.550,2	4,1
Media Nazionale	7.449,5	13,9	5.286,7	15,0	3.036,2	7,3	3.801,3	9,7

dati 1996

Tav. 2.9.3. - Personale del Ssn: incentivi e straordinari medi (migliaia di lire)

REGIONE	MEDICI		ALTRI DIRIGENTI		ALTRO PERSONALE		TOTALE PERSONALE	
	INCENTIVI MEDI	STRAORDINARI MEDI	INCENTIVI MEDI	STRAORDINARI MEDI	INCENTIVI MEDI	STRAORDINARI MEDI	INCENTIVI MEDI	STRAORDINARI MEDI
Piemonte	1.246,9	125,2	1.144,6	47,6	200,6	58,0	403,0	68,9
Valle d'Aosta	1.152,0	253,3	1.162,1	25,5	156,7	44,7	326,7	74,7
Lombardia	1.075,9	185,8	940,7	89,9	173,0	63,8	327,0	82,0
p.a. Bolzano	5.194,8	614,8	2.011,6	74,9	405,3	38,7	1.050,3	112,2
p.a. Trento	1.868,4	168,3	1.132,0	125,8	235,9	53,7	470,8	70,3
Veneto	1.450,9	252,4	1.113,0	116,2	226,8	68,8	427,0	96,4
Friuli Ven. Giulia	1.055,6	149,8	1.183,4	66,1	99,3	31,7	243,4	46,8
Liguria	466,2	110,0	630,2	81,5	77,7	38,1	148,3	49,2
Emilia Romagna	1.393,1	186,6	967,5	116,7	199,1	51,0	411,1	74,4
Toscana	912,3	131,2	925,6	84,2	164,1	46,5	293,1	59,5
Umbria	547,5	134,1	667,0	59,8	119,3	70,9	216,0	81,4
Marche	1.175,9	155,5	896,2	73,9	145,3	76,2	331,8	88,1
Lazio	364,2	134,8	322,3	59,9	112,4	141,6	161,2	136,9
Abruzzo	624,0	109,9	523,8	166,4	91,5	60,3	190,4	71,2
Molise	722,2	124,9	866,2	55,3	233,7	67,2	349,8	77,8
Campania	624,9	113,6	528,8	117,2	181,6	89,9	271,7	95,0
Puglia	743,3	175,6	610,2	111,6	116,5	77,7	226,6	93,4
Basilicata	321,4	164,7	310,6	51,8	65,6	70,9	119,5	85,5
Calabria	293,3	162,7	265,1	123,7	38,1	82,5	89,5	97,4
Sicilia	299,5	115,7	237,7	71,3	102,3	75,3	145,4	82,6
Sardegna	208,7	198,0	203,0	68,8	23,0	57,4	62,6	83,4
Media Nazionale	871,1	161,8	701,5	89,1	151,4	70,6	282,5	85,5

dati 1996

Tav. 2.10.1. - Medicina di base

REGIONE	ASSISTITI PER MEDICO (a)	ASSISTITI PER PEDIATRA (b)	RICETTE PER ASSISTITO (c)	IMPORTO MEDIO PER RICETTA LIRE (d)
Piemonte	1.035,8	1.252,7	4,9	37.500
Valle d'Aosta	1.040,8	1.145,8	4,5	34.100
Lombardia	1.044,5	1.429,0	4,6	42.500
p.a. Bolzano	1.789,5	2.338,0	3,4	35.000
p.a. Trento	1.125,1	1.097,9	4,0	36.300
Veneto	1.101,3	1.260,2	4,7	34.300
Friuli Venezia Giulia	995,1	1.401,4	4,8	35.800
Liguria	990,1	896,7	5,9	42.900
Emilia Romagna	1.060,4	962,7	5,9	34.300
Toscana	1.039,6	1.091,6	6,0	35.200
Umbria	1.056,9	1.117,7	6,2	36.300
Marche	1.016,9	1.121,9	6,2	34.500
Lazio	897,8	1.087,6	5,7	40.400
Abruzzo	1.011,8	1.288,5	5,1	38.700
Molise	992,0	1.585,1	5,0	38.400
Campania	1.034,9	2.085,1	6,0	41.400
Puglia	1.012,9	1.492,8	5,6	38.400
Basilicata	953,2	1.648,9	4,7	36.500
Calabria	990,8	1.454,0	5,5	40.700
Sicilia	1.041,8	1.197,4	5,9	37.900
Sardegna	1.048,0	1.291,6	4,5	35.100
Media Nazionale	1.027,9	1.301,6	5,4	38.500

dati 1996

(a) Assistiti >14 anni diviso medici

(b) Assistiti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 2.11.1. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati, vendite in farmacia) - spesa pro-capite (a) - (migliaia di lire)

REGIONE	TOTALE	APP. GASTROINT. E METAB.	SISTEMA CARDIOVASCOLARE	ANTIMICROBICI GEN. USO SISTEM.	ANTINEOPLAST. ED IMMUNOD.	SIST. MUSCOLO- SCHELETRICO	SISTEMA NERVOSO	SISTEMA RESPIRATORIO
Piemonte	369,0	64,7	89,7	39,2	18,4	20,6	46,1	27,3
Valle d'Aosta	336,9	59,1	83,9	31,5	12,9	22,5	42,2	29,8
Lombardia	383,8	65,8	91,4	41,9	21,8	22,8	46,9	29,4
p.a. Bolzano	352,3	55,6	79,8	26,9	19,1	19,6	50,5	30,4
p.a. Trento	338,8	57,0	79,6	26,7	15,6	18,7	48,3	32,9
Veneto	356,9	56,5	94,3	34,1	16,9	19,5	47,1	29,6
Friuli Ven. Giulia	338,8	52,8	87,2	27,3	22,5	21,1	43,7	26,0
Liguria	402,9	70,1	93,8	42,3	23,0	22,4	54,0	28,5
Emilia Romagna	355,6	59,7	90,8	35,5	13,8	21,0	45,6	28,1
Toscana	371,7	57,9	83,5	43,8	18,6	22,5	47,3	27,4
Umbria	370,0	58,4	92,3	47,2	21,7	19,0	41,4	27,5
Marche	376,7	57,9	93,4	51,3	21,0	19,9	39,7	27,3
Lazio	357,5	59,6	75,4	50,7	22,7	19,7	35,6	28,5
Abruzzo	355,8	57,5	78,8	56,3	19,4	22,0	32,9	28,6
Molise	284,2	43,9	64,5	46,6	17,9	18,1	24,6	22,4
Campania	415,0	61,7	82,4	82,6	28,3	25,0	29,5	30,5
Puglia	371,2	54,3	80,6	65,3	24,7	24,3	28,9	26,8
Basilicata	329,1	51,6	72,3	58,6	20,5	21,0	25,3	23,2
Calabria	370,9	62,2	76,1	63,7	18,7	24,2	29,4	24,9
Sicilia	395,9	67,9	86,6	66,6	18,9	21,8	33,3	26,0
Sardegna	372,6	57,3	81,8	44,6	22,0	26,7	41,0	31,1
Media Nazionale	374,1	61,1	86,0	49,8	20,7	22,0	40,4	28,2

dati 1996

(a) Consumi farmaceutici in valore diviso popolazione pesata

Tav. 2.11.2. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati, vendite in farmacia) - unità vendute pro-capite (a)

REGIONE	TOTALE	APP. GASTROINT. E METAB.	SISTEMA CARDIOVASCOLARE	ANTIMICROBICI GEN. USO SISTEM.	SIST. GENITO-URIN. E ORMONI SESS.	SIST. MUSCOLO- SCHELETRICO	SISTEMA NERVOSO	SISTEMA RESPIRATORIO
Piemonte	26,2	5,1	5,3	1,8	1,3	1,6	4,9	2,7
Valle d'Aosta	25,6	5,1	5,0	1,6	1,5	1,8	4,6	2,8
Lombardia	27,3	5,3	5,3	1,9	1,4	1,8	5,2	2,8
p.a. Bolzano	26,9	4,6	4,9	1,3	1,9	1,6	5,6	3,2
p.a. Trento	26,7	5,1	5,0	1,3	1,1	1,5	5,5	3,5
Veneto	26,2	4,7	5,6	1,6	1,3	1,6	5,1	2,9
Friuli Ven. Giulia	24,5	4,3	5,2	1,3	1,2	1,6	4,8	2,5
Liguria	28,0	5,4	5,4	1,9	1,2	1,7	5,6	2,7
Emilia Romagna	26,2	4,8	5,2	1,7	1,3	1,7	4,9	2,8
Toscana	26,4	4,8	4,9	2,3	1,2	1,7	4,7	2,7
Umbria	25,9	4,7	5,4	2,3	1,1	1,5	4,5	2,7
Marche	25,5	4,5	5,4	2,4	1,2	1,5	4,1	2,7
Lazio	24,8	4,6	4,4	2,5	1,2	1,5	3,9	2,9
Abruzzo	24,6	4,5	4,5	2,8	1,1	1,7	3,5	2,8
Molise	19,4	3,4	3,8	2,4	0,7	1,4	2,6	2,3
Campania	26,8	4,6	4,7	4,6	1,1	2,0	2,9	2,9
Puglia	24,0	4,2	4,6	3,2	1,0	1,9	3,0	2,6
Basilicata	21,3	3,7	4,3	3,0	0,9	1,7	2,5	2,2
Calabria	24,3	4,4	4,4	3,3	1,0	1,9	3,0	2,3
Sicilia	26,0	5,0	4,9	3,6	1,1	1,7	3,3	2,4
Sardegna	25,6	4,3	4,7	2,0	1,5	2,1	4,2	3,0
Media Nazionale	26,0	4,8	5,0	2,5	1,2	1,7	4,3	2,7

dati 1996

(a) Numero confezioni vendute diviso popolazione pesata

Tav. 2.11.3. - Spesa farmaceutica Ssn pro-capite (a) - (migliaia di lire)

REGIONE	FARMACI E EMOD. AZIENDE USL	FARMACI E EMOD. AZIENDE OSP.	FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI Ssn
Piemonte	31,5	17,0	171,3	219,8
Valle d'Aosta	42,1	-	148,2	190,3
Lombardia	17,7	18,2	188,2	224,1
p.a. Bolzano	60,4	-	125,5	185,9
p.a. Trento	38,8	-	143,3	182,1
Veneto	39,0	10,4	156,7	206,0
Friuli Venezia Giulia	21,3	14,2	146,2	184,6
Liguria	21,7	26,0	199,8	247,6
Emilia Romagna	35,2	20,4	167,8	223,4
Toscana	28,6	16,2	180,5	225,7
Umbria	20,0	27,5	195,6	243,1
Marche	48,7	8,7	197,2	254,6
Lazio	20,6	8,7	207,2	236,7
Abruzzo	42,6	-	191,8	234,4
Molise	36,9	-	181,4	218,3
Campania	19,3	11,7	262,9	294,9
Puglia	24,8	10,1	226,4	261,2
Basilicata	19,9	16,8	208,0	244,7
Calabria	19,5	15,1	223,7	258,0
Sicilia	13,8	18,6	209,2	241,6
Sardegna	51,0	4,0	189,3	244,3
Media Nazionale	26,4	14,3	195,2	236,0

dati 1996

(a) Spesa diviso popolazione pesata

3. Atlante sanitario delle regioni italiane



3.1. Piemonte

3.1.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

Il Piemonte conta quasi 4.300.000 residenti, ripartiti, per l'assistenza sanitaria, in 22 Aziende Usl. La dimensione media delle Usl piemontesi, in termini di popolazione assistita, è di circa l'80% di quella media nazionale.

Fra le 22 Usl la più piccola è quella di Mondovì, (86.352 abitanti, ovvero meno della metà della media regionale). La più grande è Collegno, seguita da Novara (entrambe sopra i 300.000 abitanti), da Chieri (283.328 abitanti) e dalle 4 Usl metropolitane di Torino, ognuna con circa 200.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia regionale (162,5%) è superiore alla media nazionale, anche se si evidenziano notevoli differenze tra una Usl ed un'altra.

Mentre a Collegno e Chieri i vecchi ed i bambini si equivalgono (indice di vecchiaia rispettivamente pari a 100,3 e 100,9 e quindi al di sotto della media italiana), a Novi Ligure vi sono oltre 2,8 vecchi per ogni bambino (indice pari a 282,4). La natalità (7,8‰) è più bassa della media nazionale, con punte inferiori a Novi Ligure (6,0‰) e superiori a Cuneo (9,3 ‰ in linea con la media nazionale).

La mortalità (indice regionale 11,3‰, a fronte del 9,7‰ nazionale) fa rilevare un picco a Casale Monferrato (16,2‰) e a Novi Ligure (15,2‰), mentre all'estremo opposto troviamo Chieri (8,0‰) e Collegno (8,4‰).

Le uniche Usl dove la natalità supera la mortalità sono Collegno e Chieri.

3.1.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite presenta un valore medio regionale più alto di quello nazionale (31,6 milioni contro 27,2 milioni).

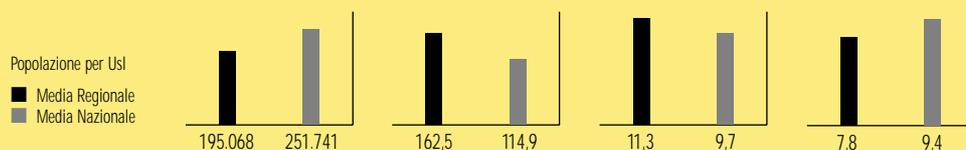
La provincia più "ricca" è Biella con 34,6 milioni, all'opposto Asti, con 25,4 milioni. I depositi bancari sono maggiori della media (20,1 milioni contro i 17 milioni pro-capite a livello nazionale). Vercelli ha il maggior valore di depositi con 21,4 milioni a fronte di Verbania con depositi valutati in 16 milioni. Da rilevare che le zone che registrano maggiori redditi sono anche quelle che presentano un maggior indice di occupazione, che, in ogni caso, in Piemonte risulta più alto di quello medio nazionale (45,8% l'uno 41,8% l'altro). Tra le province, Biella ha il maggior numero di occupati (48,2 %) contro i 43,4 % di Alessandria.

I tassi di disoccupazione sono ovviamente inferiori alla media nazionale (8,3% contro 12,1%): quasi la metà in meno per gli uomini (5,3% contro 9,4%) e comunque inferiore per le donne (12,6% contro 16,6%).

Asti presenta una disoccupazione maschile dell'1,9%; all'opposto Torino con il 7,2%. Per le donne è Biella, con il 5,6%, la provincia con meno disoccupazione, mentre è sempre Torino la provincia con il tasso più alto (15,1%).

Tav. 3.1.1. - Contesto demografico

USL	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Torino 1	263.391			
Torino 2	238.998			
Torino 3	223.614	172,9	10,3	7,5
Torino 4	195.355			
Collegno	343.302	100,3	8,4	8,6
Cirié	189.126	111,7	9,6	8,4
Chivasso	190.008	110,4	9,2	8,4
Chieri	283.328	100,9	8,0	8,7
Ivrea	186.937	175,0	12,3	7,3
Pinerolo	128.317	177,0	12,3	8,0
Vercelli	183.701	203,9	13,3	7,1
Biella	183.020	191,9	12,6	7,3
Novara	304.901	150,6	11,2	8,0
Omegna	179.571	163,8	11,8	7,8
Cuneo	151.656	149,9	11,5	9,3
Mondovì	86.352	232,0	14,6	8,0
Savigliano	158.716	148,1	11,8	8,9
Alba	155.620	159,2	11,6	8,2
Asti	198.272	220,2	13,8	7,3
Alessandria	186.180	247,4	14,5	6,5
Casale Monferrato	118.322	248,0	16,2	6,5
Novi Ligure	142.813	282,4	15,2	6,0
Totale	4.291.500			

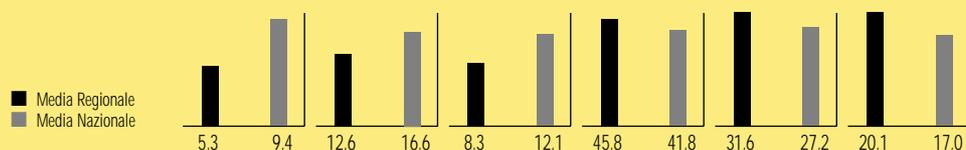


dati 1996

- (a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)
 (b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)
 (c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.1.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI	
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)	
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE	
Torino	7,2	15,1	10,5	45,4	33,4	20,1	
Vercelli	4,3	9,4	6,3	48,1	30,6	21,5	
Novara	3,4	9,6	5,8	45,0	31,1	19,6	
Cuneo	2,1	9,8	5,1	47,5	29,8	21,4	
Asti	1,9	8,6	4,5	47,5	25,4	20,3	
Alessandria	4,7	11,6	7,4	43,4	28,5	19,4	
Biella	2,1	5,6	3,6	48,2	34,6	19,3	
Verbania	4,5	11,1	7,0	47,1	27,2	16,0	



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

- (a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi
 (b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine
 (c) Disoccupati diviso forze di lavoro
 (d) Occupati diviso popolazione >15 anni
 (e) Valore aggiunto diviso abitanti
 (f) Depositi bancari diviso abitanti

3.1.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori superiori alla media nazionale (202,2 morti per cause evitabili ogni 100.000 abitanti nei maschi, contro 188,0 morti in media nel Paese e 84,9 morti per le donne contro 76,0 medi in Italia). Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria, sono negli uomini 142,2 (sempre ogni 100.000 abitanti), contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica sono invece di 36,6 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili alla carenza di diagnosi precoce e terapia si avvicinano di più alla media nazionale, pur restando leggermente superiori e indicano, per i maschi 3,5 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, 29,9 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, invece, i valori del Piemonte si avvicinano a quelli medi nazionali e risultano addirittura inferiori, anche se di poco, per i maschi con 56,5 morti a fronte di una media italiana di 57,6, mentre per le donne i valori sono sostanzialmente in linea con 18,4 morti contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Vercelli, con 235,8 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Chieri con 152,9 morti.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Ciriè con 99,8 morti. Biella registra invece il valore più basso con 67,8 decessi.

3.1.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Alessandria è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 89,0% del valore medio regionale; Torino 4 è di contro quella con la spesa più alta pari al 17,5% in più del valore medio regionale. Tali differenze rispetto alla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Savigliano (+27,8%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto è quello di Casal Monferrato (-14,2%).

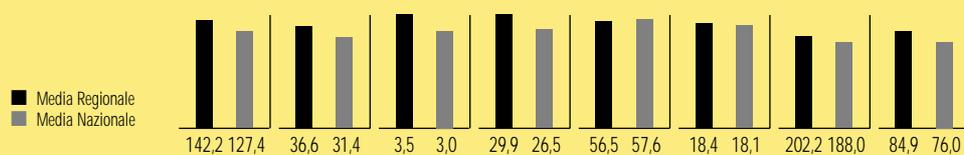
Per la medicina di base le differenze sono più contenute con, ai due estremi, Casale Monferrato (+11,2%) e Torino 4 (-11,9%).

Per l'ospedaliera convenzionata invece la variabilità è molto alta: agli estremi troviamo Torino 4 (+319,0%) e Savigliano (-92,1%).

La farmaceutica infine è più alta a Novara (+16,1%), e minima a Cuneo (-16,8%).

Tav. 3.1.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Torino (AM)	121,9	36,1	4,8	27,4	55,0	18,7	181,7
Collegno	156,0	38,5	3,5	24,1	58,9	18,4	218,4	81,0
Cirié	138,8	35,4	2,6	46,3	69,8	18,1	211,2	99,8
Chivasso	138,3	29,3	2,4	48,4	44,2	14,2	184,9	91,9
Chieri	112,3	40,3	1,7	31,3	38,9	17,6	152,9	89,2
Ivrea	169,0	37,6	2,5	33,6	59,6	18,3	231,1	89,5
Pinerolo	151,8	37,3	3,7	38,2	53,4	19,5	208,9	95,0
Vercelli	175,0	33,1	1,4	30,7	59,4	11,1	235,8	74,9
Biella	151,4	37,7	1,3	18,7	64,2	11,4	216,9	67,8
Novara	155,0	35,5	5,6	35,5	63,5	23,2	224,1	94,2
Omegna	165,2	30,1	2,8	26,1	56,2	16,2	224,2	72,4
Cuneo	158,8	37,7	4,8	31,0	69,4	17,4	233,0	86,1
Mondovì	184,4	22,7	3,9	28,2	60,7	16,0	249,0	66,9
Savigliano	166,0	29,2	4,5	32,0	48,1	30,7	218,6	91,9
Alba	152,8	52,1	4,5	28,9	51,7	15,4	209,0	96,4
Asti	128,7	36,9	3,7	18,5	65,2	27,0	197,6	82,4
Alessandria	151,5	46,7	2,7	24,1	51,6	17,3	205,8	88,1
Casale Monferrato	147,4	37,5	6,1	37,0	51,3	18,2	204,8	92,7
Novi Ligure	101,9	36,5	-	24,1	62,0	16,7	163,9	77,3



dati 1994

Tav. 3.1.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Torino 1	104,8	96,5	97,7	141,0	108,3
Torino 2	95,6	94,0	100,1	65,0	105,5
Torino 3	105,2	106,2	93,7	104,4	101,3
Torino 4	117,5	101,1	87,8	419,0	111,3
Collegno	104,2	106,0	93,9	96,7	94,7
Cirié	108,4	102,1	99,1	313,7	94,0
Chivasso	91,7	95,2	101,8	12,2	98,5
Chieri	105,0	110,6	94,3	77,0	101,4
Ivrea	93,3	98,2	107,8	45,6	86,1
Pinerolo	96,9	92,3	104,9	165,4	92,4
Vercelli	108,7	115,9	104,8	31,1	110,0
Biella	92,0	94,0	98,1	20,3	99,9
Novara	101,7	104,4	99,8	79,8	116,1
Omegna	105,3	103,3	102,1	130,1	103,6
Cuneo	94,4	94,2	102,6	114,5	81,4
Mondovì	90,2	95,8	102,6	8,0	85,1
Savigliano	114,3	127,8	98,7	7,9	83,2
Alba	97,7	96,9	104,1	142,2	92,8
Asti	93,2	93,9	100,6	57,2	94,3
Alessandria	89,0	87,0	104,4	64,9	104,3
Casale Monferrato	90,8	85,8	111,2	96,2	104,4
Novi Ligure	91,9	90,8	110,9	29,3	104,0
Media regionale spesa UsI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsI della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsI

3.1.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera piemontese presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti, di poco inferiore alla media nazionale di 5,9 posti letto. Il leggero scarto è dovuto ad una minima differenza di dotazione di posti letto, riscontrabile sia negli ospedali delle Usl (3,0 letti per 1.000 contro i 3,2 nazionali), che in quelli delle aziende ospedaliere (1,5 contro 1,6 nazionale), che in quelli privati accreditati (0,9 contro l'1,1 per 1.000 abitanti medio nazionale).

La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando dai 2,4 posti letto complessivi di Chivasso ai 9,4 posti letto per 1.000 abitanti di Ciriè. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale dell'80% in linea con quello medio nazionale, Biella fa rilevare il 73,2% a fronte del massimo tasso registrato a Ciriè con il 91,3%.

3.1.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

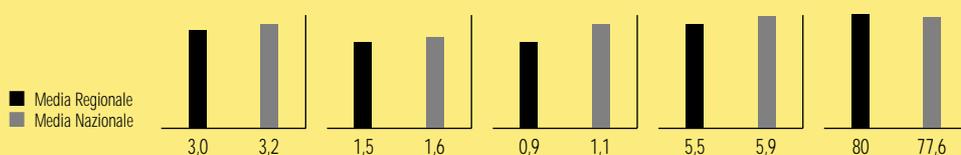
La disponibilità di medici è di poco inferiore alla media nazionale (11,9 contro 11,5 per 10.000 abitanti), con un rapporto approssimativamente di 1 a 3 con gli infermieri (che sono 34,8 ogni 10.000 abitanti a fronte di 38 a livello medio italiano).

Il minor numero di medici si rileva a Cuneo (4,2 ogni 10.000 abitanti) compensato da quasi 4 infermieri per medico (15,4 sempre ogni 10.000 abitanti).

Di contro a Vercelli si registrano circa 20 medici mentre gli infermieri sono 58,4, sempre ogni 10.000 abitanti, con un rapporto di 3 infermieri per medico.

Tav. 3.1.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI			TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (c)	
	OSP. Usl (a)	Az. Osp. (b)	IST. PRIV. ACCRED.		
Torino 1	3,6		0,1	5,2	81,3
Torino 2	1,6		1,4	4,5	76,8
Torino 3	2,5		0,8	4,8	80,0
Torino 4	3,1		2,3	6,8	74,7
Collegno	1,4		0,4	3,3	82,9
Cirié	4,2		3,7	9,4	91,3
Chivasso	0,9		-	2,4	82,1
Chieri	1,8		0,7	4,0	87,5
Ivrea	3,5		0,3	5,2	78,5
Pinerolo	3,5		0,5	5,6	84,9
Vercelli	6,3	1,5	0,5	8,3	75,8
Biella	3,7		0,5	5,7	73,2
Novara	2,2		0,1	3,8	81,5
Omegna	3,7		2,1	7,3	85,4
Cuneo	1,0		1,5	4,0	88,5
Mondovì	3,3		-	4,8	81,1
Savigliano	6,2		-	7,7	74,2
Alba	3,0		2,5	6,9	82,7
Asti	3,8		1,3	6,6	69,4
Alessandria	3,0		1,1	5,5	83,0
Casale Monferrato	4,5		0,4	6,5	69,3
Novi Ligure	4,5		0,3	6,2	77,6



dati 1996

(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

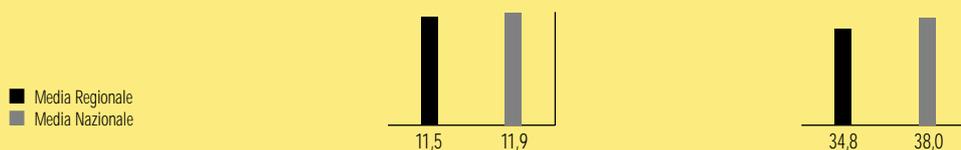
(b) Comprende anche i Policlinici universitari e gli IRCCS.

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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.1.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)

Usl	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Torino 1	9,8	25,9
Torino 2	7,9	26,2
Torino 3	11,8	34,0
Torino 4	13,7	34,6
Collegno	8,3	28,1
Cirié	8,5	25,5
Chivasso	7,0	20,9
Chieri	9,9	29,6
Ivrea	15,0	43,9
Pinerolo	11,7	38,2
Vercelli	20,0	58,4
Biella	13,2	39,2
Novara	7,5	22,5
Omegna	16,6	48,7
Cuneo	4,2	15,4
Mondovì	16,6	47,0
Savigliano	17,5	63,3
Alba	12,0	38,8
Asti	14,6	42,9
Alessandria	7,4	26,6
Casale Monferrato	16,4	44,9
Novi Ligure	17,7	49,4



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.1.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è prossimo alla media nazionale (1.035,8 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra sono 1.252,7 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per gli assistiti per medico di famiglia con valori minimi a Torino 2 (931,1 assistiti per medico) e massimi a Torino (1.154,3). Per i pediatri le punte si rilevano a Torino 2 (859,5) e a Mondovì (3.171,4).

Per quanto riguarda l'attività dei medici di base, prendendo come indicatore quello del numero medio di ricette, si rileva una media regionale di 4,9 ricette per assistito, contro le 5,4 nazionali, con una spesa media per ricetta di 37.500 lire a fronte delle 38.500 nazionali.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Collegno si prescrivono in media 3,8 ricette di importo medio pari a 44.700 lire, mentre in quella di Chivasso le ricette sono 7,3 ma di importo nettamente inferiore, pari a 21.000 lire.

3.1.8. ASSISTENZA FARMACEUTICA (PUBBLICA E PRIVATA)

Nella regione piemontese la spesa media pro-capite complessiva, calcolata sulla popolazione pesata, per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia) ammonta a 369.000 lire, un valore di poco inferiore alla spesa media nazionale pari a 374.100 lire pro-capite. Per quanto riguarda i consumi in quantità, il Piemonte presenta invece valori in linea con la media nazionale (26,2 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

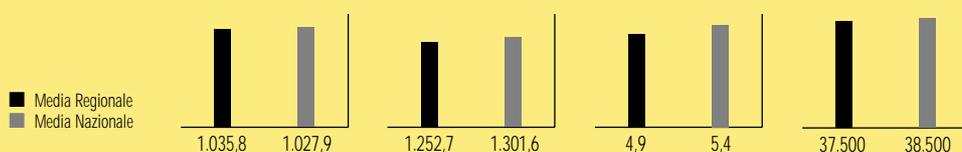
La provincia di Verbania è quella in cui si rileva il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (420.400 lire pro-capite), che di confezioni (30,7 a testa).

Asti fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (306.700 lire), mentre Vercelli il minor numero di confezioni (22,0).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 89.700 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Piemonte si spende meno che in Italia con una spesa media regionale di 39.200 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.1.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Torino 1	999,9	1.014,8	5,1	39.600
Torino 2	931,1	859,5	5,1	37.100
Torino 3	1.033,6	965,0	4,7	38.900
Torino 4	1.154,2	916,3	4,2	36.200
Collegno	1.054,3	1.147,6	3,8	44.700
Cirié	1.053,0	1.036,4	4,3	37.000
Chivasso	1.061,1	1.064,1	7,3	21.000
Chieri	1.047,2	1.008,6	4,5	38.100
Ivrea	1.064,6	1.096,0	4,4	36.400
Pinerolo	1.029,3	1.509,7	4,5	39.100
Vercelli	1.055,1	1.832,3	5,6	40.600
Biella	1.028,3	2.567,7	4,7	39.100
Novara	1.070,6	1.532,9	5,2	44.600
Omegna	1.034,9	2.122,9	4,6	41.300
Cuneo	1.036,7	1.249,5	4,1	37.600
Mondovì	1.011,0	3.171,4	5,0	34.600
Savigliano	1.043,3	2.333,7	5,0	29.900
Alba	1.020,7	1.528,4	4,9	35.700
Asti	998,7	1.792,3	5,2	36.800
Alessandria	1.024,1	1.139,6	6,1	37.200
Casale Monferrato	1.044,7	1.960,4	5,5	40.700
Novi Ligure	1.010,6	1.035,1	5,8	37.500

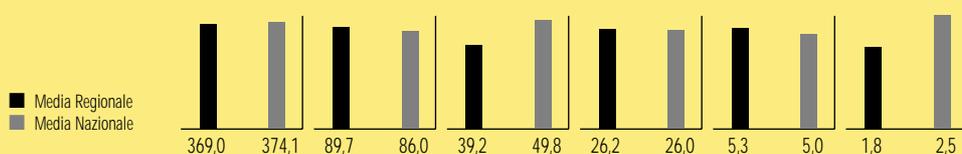


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.1.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Torino	402,5	98,4	42,9	28,5	5,7	2,0
Vercelli	315,8	75,9	37,3	22,0	4,4	1,6
Novara	369,7	91,5	36,9	26,0	5,3	1,6
Cuneo	314,3	76,5	32,5	22,5	4,6	1,5
Asti	306,7	77,3	34,6	22,3	4,7	1,6
Alessandria	333,2	78,7	35,3	23,9	4,6	1,6
Biella	333,2	76,9	35,6	23,7	4,4	1,6
Verbania	420,4	100,5	44,0	30,7	6,0	2,1



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
 (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.1.8.1. Spesa Farmaceutica del Ssn

Nella Regione Piemonte la spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn, calcolata sempre in base alla popolazione pesata, ammonta a 219.800 lire, valore che risulta essere inferiore alla media nazionale, pari a 236.000 lire pro-capite.

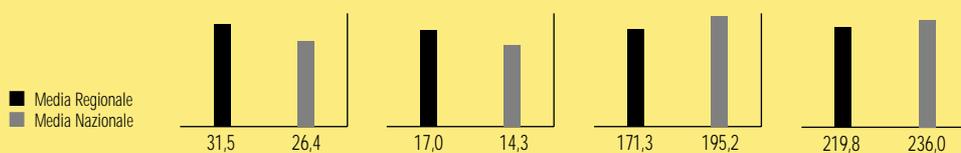
Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (31.500 contro 26.400 lire), di quella spesa dalle Aziende ospedaliere, anch'essa superiore alla media nazionale (17.000 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata, inferiore invece alla media nazionale (171.300 contro 195.200 lire).

Complessivamente la spesa più alta si rileva a Vercelli (249.400 lire), mentre Cuneo con 172.500 lire è quella con la spesa farmaceutica più bassa. Per quanto concerne la spesa per farmaci ospedalieri delle Aziende Usl la maggiore si ha ad Omegna con 50.400 lire, mentre la minore si rileva nelle 16.000 lire spese a Cuneo.

Per la farmaceutica convenzionata è Novara la Usl con la spesa maggiore (198.800 lire), e Cuneo quella con la spesa più bassa (139.500 lire).

Tav. 3.1.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

Usl	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. Usl	Az. Osp.(a)		
Torino 1	27,6		185,5	230,1
Torino 2	23,8		180,7	221,5
Torino 3	42,8		173,6	233,4
Torino 4	39,5		190,7	247,2
Collegno	18,7		162,3	198,0
Cirié	17,2		161,1	195,3
Chivasso	18,1		168,8	209,9
Chieri	31,2		173,7	221,9
Ivrea	27,8		147,5	192,3
Pinerolo	34,1		158,3	209,4
Vercelli	43,9	17,0	188,5	249,4
Biella	42,0		171,2	230,2
Novara	20,9		198,8	236,7
Omegna	50,4		177,4	244,8
Cuneo	16,0		139,5	172,5
Mondovì	24,3		145,7	187,0
Savigliano	43,3		142,6	202,9
Alba	41,8		159,0	217,8
Asti	47,2		161,6	225,8
Alessandria	19,0		178,6	214,6
Casale Monferrato	47,6		178,8	243,4
Novi Ligure	32,2		178,2	227,4



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.2. Valle d'Aosta

3.2.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Valle d'Aosta ha quasi 119.000 residenti, tutti a carico di una sola Azienda Usl.

La dimensione di tale azienda è circa il 47%, in termini di assistiti, di quella media nazionale.

L'indice di vecchiaia, pari a 142,3%, è superiore alla media nazionale (114,9%). Anche il tasso di mortalità è più alto della media (11,1‰, contro il 9,7‰ registrato in Italia). Per quanto riguarda la natalità, la Valle d'Aosta è in linea con la media nazionale, con un valore pari al 9,2‰.

3.2.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

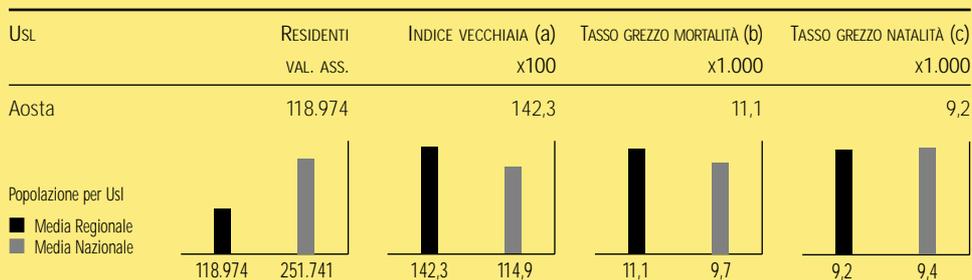
Il reddito prodotto pro-capite è di quasi 10 milioni più alto della media nazionale (35,8 milioni contro 27,2 milioni), anche i depositi bancari (25,1 milioni contro 17 milioni medi in Italia) sono nettamente più alti.

Metà della popolazione della Valle d'Aosta risulta occupata, ed il tasso di disoccupazione (pari al 5,6%) è nettamente inferiore a quello nazionale. Degli uomini, solo il 3,2% risulta disoccupato (contro il 9,4% nazionale), mentre per le donne si registra l'8,7% contro il 16,6% nazionale.

3.2.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori superiori alla media nazionale (299,8 morti per cause evitabili, nei maschi, su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese e 106,9 decessi per le donne contro 76,0 medi in Italia). Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria ammontano a 217,2 per i maschi (sempre ogni 100.000 abitanti), contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica sono invece di 50,4 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferiti alla carenza di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 1,9 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 34,4 morti contro 26,5. Anche per le disfunzioni nelle misure di igiene e assistenza sanitaria, i valori della Valle d'Aosta risultano superiori alla media nazionale, sia per i maschi, con 80,7 morti a fronte di una media italiana di 57,6, che per le donne con 22,1 morti contro 18,1 nazionali.

Tav. 3.2.1. - Contesto demografico



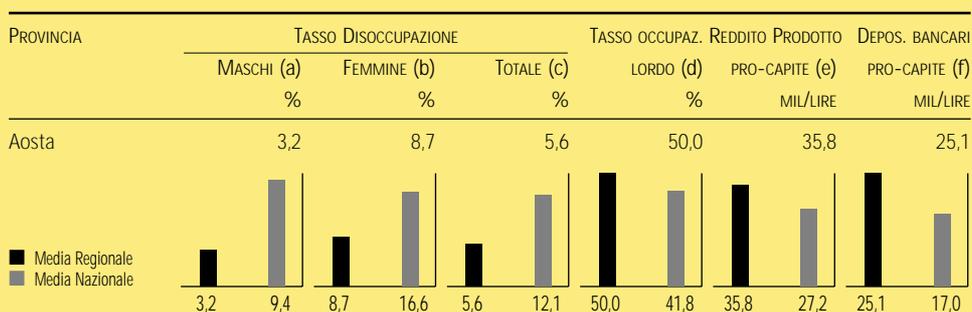
dati 1996

(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.2.2. - Contesto economico



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

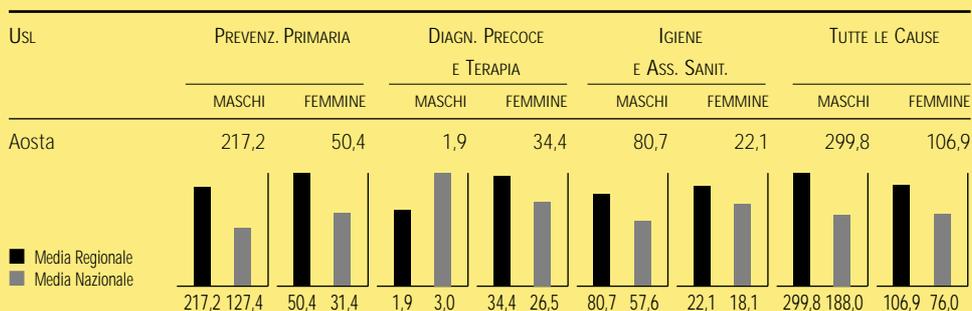
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

Tav. 3.2.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)



dati 1994

3.2.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Nota: per la Valle d'Aosta non sono stati effettuati rapporti tra la spesa delle Usl regionali, in quanto nella Regione è presente una sola Usl. Pertanto nella pagina a fronte non è presente la tavola 3.2.4. Per il confronto tra Valle d'Aosta e Italia, vedi il capitolo 2.

3.2.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera della Valle d'Aosta conta su 4,3 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. In questa regione non sono presenti Aziende ospedaliere e Istituti privati accreditati. Il tasso di utilizzazione è dell'87,3% rispetto al 77,6% della media nazionale.

3.2.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (19,2 medici contro 11,9 per 10.000 abitanti), mentre per gli infermieri abbiamo un numero molto più alto della media nazionale (64,5 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 medi presenti in Italia), con un rapporto di oltre 3,0 infermieri per medico.

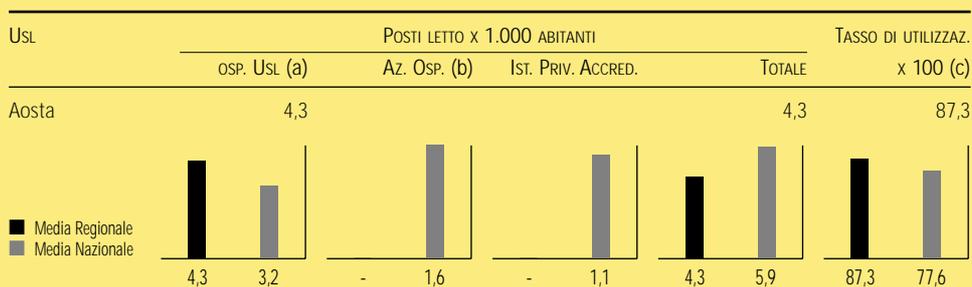
3.2.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è maggiore della media nazionale (1.040,8 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra sono 1.145,8 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

Per quanto concerne l'attività dei medici di base, prendendo come indicatore quello delle prescrizioni per assistito, si rilevano 4,5 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali, con un costo medio per ricetta di 34.100 lire inferiore alla media nazionale, di 38.500 lire.

Tav. 3.2.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

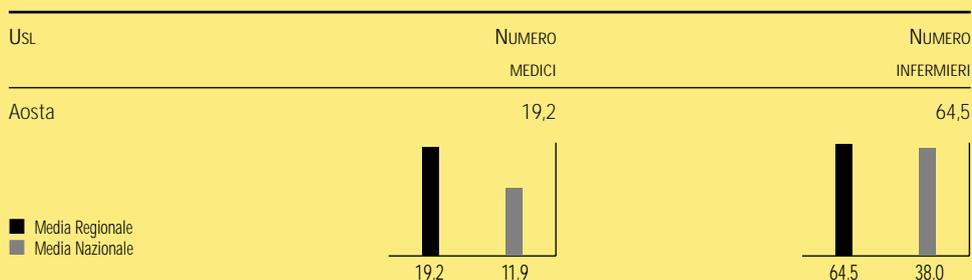
(a) Comprende ospedali UsL ed equiparati

(b) Comprende anche 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 UsL della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

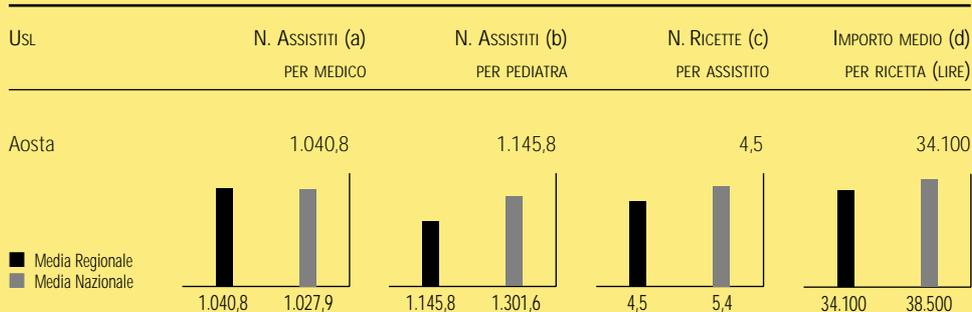
Tav. 3.2.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende UsL (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.2.7. - Medicina di base



dati 1996

(a) Assistiti >14 anni diviso medici

(b) Assistiti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.2.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 336.900 lire, un valore inferiore alla spesa media nazionale pari a 374.100 lire pro-capite. Anche per quanto riguarda i consumi in quantità, la Valle d'Aosta presenta valori inferiori, pur se in misura minima, alla media nazionale (25,6 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

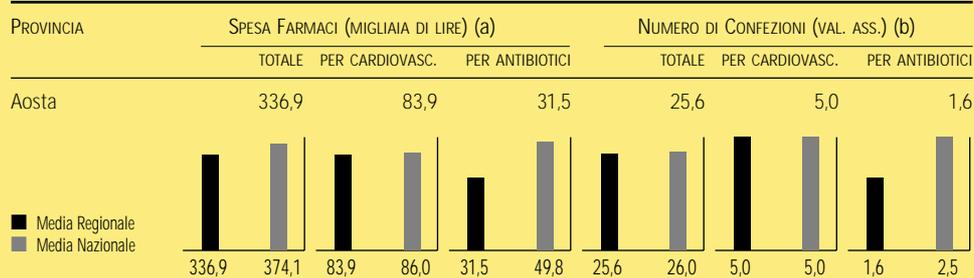
L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore inferiore rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 83.900 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Anche per gli antibiotici si spende meno che in Italia, con una spesa media regionale di 31.500 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.2.8.1. *Spesa farmaceutica del Ssn*

Nella Valle d'Aosta la spesa in farmaci pro-capite media dell'Azienda Usl di Aosta (sempre calcolata in base alla popolazione pesata), a carico del Ssn, ammonta a 190.300 lire, a fronte della media nazionale di 236.000 lire pro-capite.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (42.100 contro 26.400 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata che è invece inferiore alla media nazionale (148.200 contro 195.200 lire).

Tav. 3.2.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)



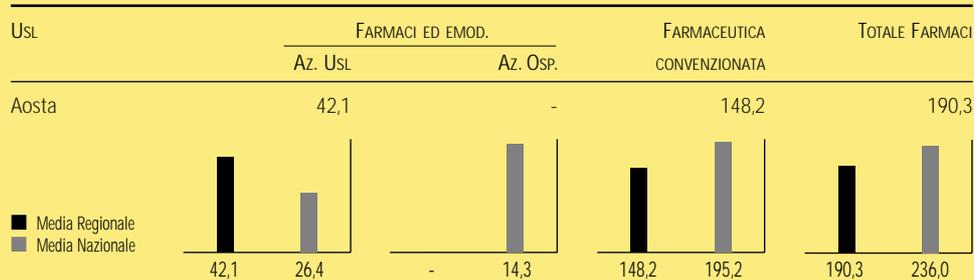
dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.2.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

3.3. Lombardia

3.3.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Lombardia ha quasi 9.000.000 di residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 44 Aziende Usl.

La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa l'80% di quella media nazionale.

Fra le 44 Usl la più piccola è quella di Ostiglia (93.114 abitanti, ovvero meno della metà della media regionale). La più grande è Bergamo, seguita da Brescia (entrambe vicine ai 400.000 abitanti), seguono, poi, Milano 4 e Varese, ognuna con circa 350.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (126,7%) è superiore alla media nazionale, ma con notevoli differenze tra una Usl e l'altra.

Mentre a Cantù i vecchi ed i bambini si equivalgono (indice di vecchiaia pari a 99,9%), a Melegnano si riscontra l'indice più basso della regione (77,2%) e a Voghera quello più alto (280,8%), vale a dire 2,8 vecchi per ogni bambino.

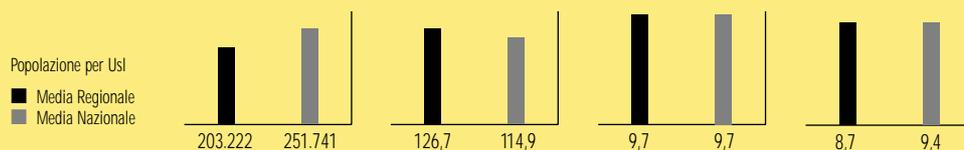
La natalità (8,7‰) è quasi in linea con la media nazionale e presenta poche significative oscillazioni nelle varie Usl, esclusi i picchi di Voghera (6,0‰) e Chiari (10,1‰).

La mortalità (9,7‰) è allineata con la media nazionale; si distingue Voghera (16,2‰) che supera Vigevano (13,8‰), mentre all'estremo opposto troviamo Rho (7,0‰) con una mortalità inferiore alla media nazionale (9,4‰).

Sono 19 le Usl dove la natalità supera la mortalità, la forbice maggiore si ha a Cernusco con 7,2 morti contro 9,7 nati per 1.000 abitanti.

Tav. 3.3.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Varese	323.065	131,2	10,1	8,9
Gallarate	218.800	121,0	9,0	8,6
Busto Arsizio	198.669	118,5	8,9	8,4
Saronno	155.157	105,2	8,6	9,2
Como	302.621	134,2	10,0	8,8
Cantù	176.626	99,9	8,7	9,3
Lecco	201.333	119,8	9,6	9,7
Merate	102.226	101,3	8,3	8,9
Sondrio	177.180	109,7	9,9	9,8
Albino	162.462	108,5	9,2	9,4
Ponte San Pietro	193.883	86,6	8,5	9,7
Bergamo	394.922	102,3	8,6	9,8
Treviglio	188.706	84,9	8,2	9,3
Chiari	169.626	87,6	8,1	10,1
Breno	95.847	98,5	10,0	8,7
Gardone V.Trompia	104.087	89,3	8,8	9,9
Salò	160.333	140,8	9,8	9,1
Brescia	394.237	124,8	8,7	9,3
Leno	144.738	102,7	9,0	9,3
Viadana	120.314	186,3	11,7	7,9
Mantova	192.419	173,7	11,1	7,9
Ostiglia	93.114	224,6	13,1	6,6
Cremona	153.707	204,6	13,0	7,6
Crema	141.004	114,9	9,7	8,0
Lodi	198.029	131,3	10,1	8,3
Melegnano	143.791	77,2	7,4	9,4
Cernusco	252.697	83,0	7,2	9,7
Vimercate	177.661	96,1	7,5	9,3
Monza	290.676	111,3	8,4	9,0
Desio	253.341	92,8	8,3	9,6
Cinisello	276.334	107,2	8,2	8,3
Garbagnate	199.862	81,6	7,4	9,4
Rho	159.693	84,8	7,0	9,2
Legnano	232.927	114,8	9,0	9,0
Magenta	168.212	105,8	9,5	8,9
Milano 1	175.076			
Milano 2	192.492			
Milano 3	268.274	186,7	11,2	8,0
Milano 4	346.267			
Milano 5	274.601			
Milano 6	271.702			
Pavia	186.232	170,0	11,9	7,8
Vigevano	167.382	198,2	13,8	7,2
Voghera	141.455	280,8	16,2	6,0
Totale	8941.780			



dati 1996

(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

3.3.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite medio della regione risulta più alto di quello nazionale (36,3 milioni contro 27,2 milioni); a livello delle singole province Milano è la più "ricca" con 43,1 milioni pro capite, mentre Lodi (25,5 milioni) e Sondrio (25,4 milioni) sono le due province più "povere" (da notare che i valori di queste due province sono comunque in linea con la media italiana).

Per quanto riguarda i depositi bancari, la media provinciale è più alta del dato nazionale (24,7 milioni contro i 17 milioni), con in testa Milano (27,9 milioni). Ma si evidenziano anche realtà con un livello di depositi più basso, pur se sempre superiore alla media nazionale, come Varese (21,1 milioni), Lecco (21,2 milioni), Como (21,3 milioni) e Sondrio (20,5).

Quasi la metà dei lombardi risulta occupata (47,9% a fronte di una media nazionale del 41,8%), con livelli molto simili nelle varie province; infatti si oscilla tra il 45,8% di Pavia ed il 50% di Lecco.

La disoccupazione regionale si attesta intorno al 6,1% contro il 12,1% nazionale, con valori provinciali oscillanti tra il 2,9% di Cremona e l'8,0% di Milano.

Il 4,1% degli uomini in Lombardia risulta disoccupato, una percentuale variabile tra il 1,1% di Mantova ed il 5,6% di Milano. Per le donne, il valore medio di disoccupazione è del 9,2%, con punte del 3,8% a Lecco e del 12,5% a Lodi.

3.3.3. MORTALITÀ EVITABILE

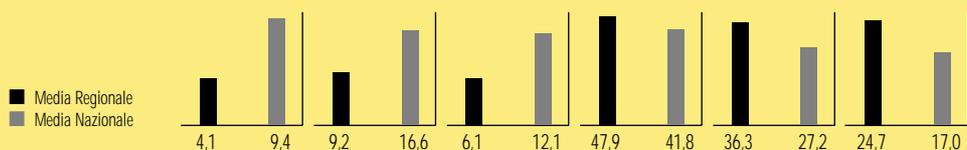
La mortalità evitabile presenta valori superiori alla media nazionale per gli uomini (205,7 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti in Lombardia, contro 188,0 morti in media nel Paese), ed in linea per le donne (76,6 morti contro 76,0 medi in Italia). Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria sono negli uomini 143,8 (sempre ogni 100.000 abitanti), contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica sono invece di 31,5 decessi contro 31,4 livello nazionale. I valori riferibili a carenze nella diagnosi precoce e nelle terapie sono, per i maschi di 3,4 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 28,7 morti contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, invece, i valori della Lombardia si allineano a quelli medi nazionali con 58,5 decessi per i maschi a fronte di una media italiana di 57,6, mentre per le donne i valori sono addirittura inferiori con 16,4 morti contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Sondrio, con 274,3 morti ogni 100.000 abitanti, presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Cantù con 156,2 decessi.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Lodi con 95,7 morti, di contro Viadana registra il valore più basso con 56,2 decessi.

Tav. 3.3.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Varese	4,9	8,4	6,3	47,3	32,1	21,1
Como	2,8	7,2	4,4	48,3	32,6	21,3
Sondrio	4,3	10,7	6,7	46,7	25,4	20,5
Milano	5,6	11,4	8,0	47,9	43,1	27,9
Bergamo	2,0	4,9	3,1	47,5	32,4	22,6
Brescia	3,4	8,7	5,4	49,3	33,0	23,1
Pavia	3,3	8,1	5,3	45,8	26,4	23,1
Cremona	1,2	5,4	2,9	47,5	30,4	25,1
Mantova	1,1	6,5	3,2	48,1	33,9	23,4
Lecco	2,5	3,8	3,0	50,0	32,3	21,2
Lodi	3,8	12,5	7,1	47,6	25,5	21,7

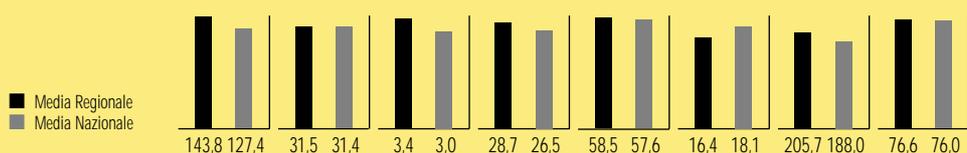


dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

- (a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi
 (b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine
 (c) Disoccupati diviso forze di lavoro
 (d) Occupati diviso popolazione >15 anni
 (e) Valore aggiunto diviso abitanti
 (f) Depositi bancari diviso abitanti

Tav. 3.3.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Varese	141,1	26,3	4,6	28,1	68,5	20,0	214,2
Gallarate	131,3	23,7	3,4	21,8	56,9	11,2	191,6	56,7
Busto Arsizio	126,1	33,3	7,4	33,0	70,8	16,7	204,3	83,0
Saronno	135,5	26,7	3,1	23,4	57,7	6,4	196,3	56,5
Como	141,5	32,2	1,7	39,2	44,7	19,6	187,9	91,0
Cantu	123,1	25,4	1,6	34,9	31,5	12,7	156,2	73,0
Lecco	134,5	37,5	6,2	22,5	65,7	12,0	206,4	72,0
Merate	125,3	24,7	-	26,2	56,3	12,7	181,6	63,6
Sondrio	207,9	33,3	2,8	25,1	63,6	30,8	274,3	89,2
Albino	148,0	33,5	1,4	32,3	83,2	25,8	232,6	91,6
Ponte San Pietro	168,0	30,4	4,0	41,3	64,8	10,7	236,8	82,4
Bergamo	153,6	25,4	0,7	30,8	63,3	21,3	217,6	77,5
Treviglio	197,0	43,3	2,8	35,5	57,4	15,1	257,2	93,9
Chiari	188,0	28,6	2,8	22,3	58,4	13,6	249,2	64,5
Breno	230,9	38,8	2,9	37,2	71,6	15,4	305,4	91,4
Gardone Val Trompia	159,9	26,4	2,7	21,7	64,9	12,1	227,5	60,2
Salò	150,3	29,0	3,1	24,3	64,2	17,6	217,6	70,9
Brescia	141,4	30,3	3,2	22,4	45,3	13,8	189,9	66,5
Leno	166,2	30,0	4,0	25,0	53,4	19,9	223,6	74,9
Viadana	147,7	24,5	1,9	22,1	56,0	9,6	205,6	56,2
Mantova	140,9	29,7	3,8	25,4	60,0	21,5	204,7	76,6
Ostiglia	147,0	34,9	-	32,2	77,7	16,1	224,7	83,2
Cremona	193,5	30,8	2,9	17,6	71,6	18,9	268,0	67,3
Crema	200,6	35,9	1,7	21,7	64,2	24,9	266,5	82,5
Lodi	208,1	44,6	7,2	33,0	56,5	18,1	271,8	95,7
Melegnano	157,6	27,0	3,6	29,7	68,0	15,1	229,2	71,8
Cernusco	123,5	33,3	4,7	25,7	54,8	22,3	183,0	81,3
Vimercate	127,4	38,1	9,9	29,6	52,0	15,4	189,3	83,1
Monza	102,2	28,5	1,6	28,2	64,1	15,2	167,9	71,9
Desio	141,2	31,5	2,8	26,2	58,7	13,1	202,7	70,8
Cinisello	124,8	28,8	1,7	34,6	44,7	14,1	171,2	77,5
Garbagnate	123,0	37,0	1,4	33,6	58,1	16,0	182,5	86,6
Rho	125,1	33,7	2,8	24,0	70,0	7,9	197,9	65,6
Legnano	138,0	26,7	4,3	27,2	62,5	13,4	204,8	67,3
Magenta	161,4	34,8	3,0	31,3	47,1	15,8	211,5	81,9
Milano (AM)	119,3	30,6	4,2	30,8	55,6	16,5	179,1	77,9
Pavia	192,3	38,0	5,0	34,3	59,3	15,4	256,6	87,7
Vigevano	163,0	38,7	1,5	21,3	57,8	21,4	222,3	81,4
Voghera	131,0	44,9	2,0	18,2	61,0	13,4	194,0	76,5



dati 1994

3.3.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Milano 4 è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 55,7% del valore medio regionale; Milano 3 è di contro quella con la spesa più alta pari a +85,2% del valore medio regionale. Tali differenze rispetto alla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Garbagnate (+79,5%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Milano 5 (-51,9%).

Per la medicina di base troviamo ai due estremi Viadana (+14,0%) e Milano 1 (-8,6%).

Estremamente variabile l'ospedaliera convenzionata che ha agli estremi Milano 3 (indice 768,7 quindi oltre 7 volte la spesa media) e Sondrio (indice 0,3 meno dell'1% della spesa media).

La farmaceutica infine evidenzia Milano 1 come la Usl con maggiore onere (+33,1%), mentre Sondrio è quella con l'onere minore (-21,0%).

Tav. 3.3.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

Usl	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Varese	80,6	95,4	102,3	1,3	97,3
Gallarate	87,4	116,2	104,5	1,8	86,9
Busto Arsizio	117,0	141,9	98,5	77,4	90,9
Saronno	123,8	108,7	99,9	259,9	95,2
Como	83,7	70,4	100,4	99,0	92,0
Cantù	93,0	105,8	103,4	54,3	94,4
Lecco	65,7	67,1	105,8	22,1	88,7
Merate	92,4	117,0	101,8	0,8	85,5
Sondrio	118,0	160,1	110,7	0,3	79,0
Albino	98,8	120,9	106,0	0,8	101,6
Ponte San Pietro	88,7	68,3	99,8	156,0	94,0
Bergamo	86,8	91,8	98,5	43,2	100,1
Treviglio	113,6	125,2	101,5	102,3	111,5
Chiari	95,6	122,1	99,0	0,5	115,2
Breno	111,9	143,6	104,8	0,6	108,3
Gardone V.Trompia	82,0	89,5	104,8	27,1	116,6
Salò	95,0	115,0	106,3	11,5	92,6
Brescia	104,9	83,8	94,5	173,2	109,6
Leno	103,6	125,9	107,6	0,4	108,1
Viadana	112,2	124,8	114,0	29,1	104,5
Mantova	86,1	100,7	92,8	6,2	99,6
Ostiglia	86,5	103,2	109,4	0,8	96,8
Cremona	99,5	72,8	105,2	85,9	99,8
Crema	104,7	125,2	102,2	0,5	105,2
Lodi	120,4	143,7	101,7	0,5	100,6
Melegnano	170,2	157,3	100,6	355,5	101,5
Cernusco	102,8	114,2	99,2	0,7	93,8
Vimercate	96,8	131,4	99,3	0,6	90,8
Monza	71,8	68,2	98,2	61,7	91,0
Desio	88,2	113,7	102,5	0,5	101,2
Cinisello	84,8	105,1	99,8	0,8	109,1
Garbagnate	138,0	179,5	96,1	74,1	86,8
Rho	101,1	135,1	92,7	0,5	97,7
Legnano	107,0	149,9	96,3	0,6	88,8
Magenta	103,9	136,8	100,1	0,8	94,5
Milano 1	158,6	80,4	91,7	542,6	133,1
Milano 2	74,7	68,0	94,4	78,8	115,9
Milano 3	185,2	73,3	95,3	768,7	114,7
Milano 4	55,7	50,9	96,3	20,1	95,0
Milano 5	71,1	48,1	96,5	25,2	91,9
Milano 6	79,2	67,2	97,0	68,8	118,7
Pavia	179,0	68,4	103,5	707,0	110,0
Vigevano	89,0	95,9	99,3	44,4	95,7
Voghera	108,1	116,8	97,8	106,9	93,1
Media regionale spesa Usl	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle Usl della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola Usl

3.3.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera lombarda presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 6,3 posti letto per 1.000 abitanti a fronte di della media italiana di 5,9. Superiori rispetto alla media nazionale i posti letto nelle Aziende ospedaliere (2,2 letti per 1.000 abitanti contro 1,6 nazionali). In linea la presenza del privato (1,2 letti contro 1,1 nazionale). Inferiori, invece, i posti letto negli ospedali delle Usl (2,9 letti contro i 3,2 per 1.000 abitanti mediamente presenti in Italia).

La distribuzione dei posti letto è comunque molto difforme nella regione. Si passa dai 2,2 posti letto complessivi per 1.000 abitanti di Milano 4, agli 11,2 posti letto per 1.000 abitanti di Lodi.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale pari al 79% (media nazionale 77,6%), Sondrio utilizza il 63,4% dei posti letto, mentre Milano 5 ne utilizza il 91,5%.

Tav. 3.3.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI			TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (c)	
	OSP. Usl. (a)	Az. Osp. (b)	IST. PRIV. ACCRED.		
Varese	3,4		0,4	5,9	81,7
Gallarate	4,0		-	6,1	81,5
Busto Arsizio	5,7		1,1	9,0	71,8
Saronno	4,0		-	6,1	75,4
Como	4,6		1,2	7,9	80,3
Cantù	3,7		0,1	5,9	75,8
Lecco	0,5		1,7	4,3	73,0
Merate	3,5		-	5,7	75,0
Sondrio	5,2		-	7,4	63,4
Albino	4,5		-	6,6	72,6
Ponte San Pietro	0,7		2,3	5,1	83,0
Bergamo	2,1		1,5	5,8	78,7
Treviglio	3,8		1,5	7,4	75,8
Chiari	3,4		-	5,5	78,8
Breno	4,6		-	6,7	75,0
Gardone V.Trompia	1,8		0,9	4,9	78,4
Salò	5,0		0,7	7,8	78,9
Brescia	2,5		3,4	8,0	82,1
Leno	4,3		-	6,4	78,0
Viadana	4,1		1,2	7,5	80,8
Mantova	2,9		0,7	5,8	85,7
Ostiglia	4,1	2,2	0,5	6,8	78,6
Cremona	1,4		3,8	7,3	78,6
Crema	3,9		2,3	8,4	79,1
Lodi	6,2		2,9	11,2	80,7
Melegnano	3,4		2,6	8,1	80,9
Cernusco	2,4		3,1	7,6	87,1
Vimercate	4,1		-	6,3	78,0
Monza	0,6		1,6	4,4	83,0
Desio	2,2		-	4,4	77,7
Cinisello	2,2		-	4,4	75,5
Garbagnate	7,0		-	10,2	86,4
Rho	4,2		-	6,3	75,6
Legnano	4,2		-	6,4	76,9
Magenta	4,6		-	6,8	79,2
Milano 1	2,4		0,5	5,0	78,5
Milano 2	0,1		1,2	3,4	83,2
Milano 3	0,7		1,5	4,4	80,1
Milano 4	-		-	2,2	79,3
Milano 5	-		5,0	7,2	91,5
Milano 6	0,7		1,5	4,3	73,6
Pavia	0,5		2,3	4,9	78,7
Vigevano	3,6		1,1	6,9	71,9
Voghera	7,1		1,0	10,3	72,6

Legend: ■ Media Regionale, ■ Media Nazionale

Values for comparison: (a) 2,9 / 3,2; (b) 2,2 / 1,6; (c) 1,2 / 1,1; (d) 6,3 / 5,9

dati 1996

(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

3.3.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

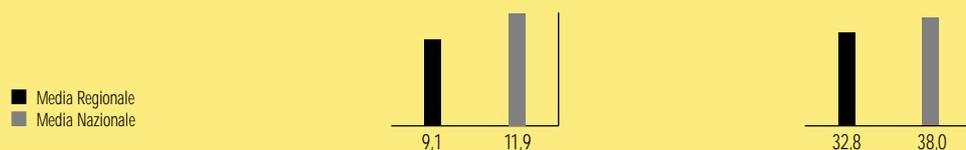
La disponibilità di medici è di poco inferiore alla media nazionale (9,1 medici contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto approssimativamente di 1 a 3,6 con gli infermieri (che sono 32,8 ogni 10.000 abitanti a fronte di 38,0 infermieri registrati in Italia).

Il minor numero di medici si rileva a Milano 5 (2,4) compensato da oltre 3 infermieri per medico (7,4).

Di contro a Garbagnate vi sono 17,1 medici ogni 10.000 abitanti con 62,1 infermieri (in questo caso con meno di 4 infermieri ogni medico).

Tav. 3.3.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)

Usl	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Varese	8,6	31,2
Gallarate	12,2	42,1
Busto Arsizio	15,5	56,0
Saronno	9,9	35,6
Como	5,9	16,6
Cantù	8,1	32,3
Lecco	3,7	15,7
Merate	11,8	42,0
Sondrio	16,3	69,6
Albino	11,2	44,1
Ponte San Pietro	3,8	13,1
Bergamo	6,1	26,9
Treviglio	10,4	41,0
Chiari	10,8	37,1
Breno	13,4	52,8
Gardone V.Trompia	6,2	22,5
Salò	12,7	49,5
Brescia	5,5	20,7
Leno	11,0	43,7
Viadana	14,9	56,6
Mantova	7,0	37,7
Ostiglia	10,7	45,1
Cremona	4,4	23,0
Crema	14,4	46,8
Lodi	16,0	57,5
Melegnano	13,4	46,7
Cernusco	9,7	31,7
Vimercate	13,2	42,3
Monza	4,0	15,1
Desio	10,0	35,4
Cinisello	10,6	30,9
Garbagnate	17,1	62,1
Rho	13,4	47,5
Legnano	13,6	49,6
Magenta	15,2	53,0
Milano 1	6,1	15,8
Milano 2	4,9	17,2
Milano 3	6,0	19,0
Milano 4	2,5	9,2
Milano 5	2,4	7,4
Milano 6	5,9	17,9
Pavia	5,5	15,7
Vigevano	12,8	36,5
Voghera	15,8	54,9



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.3.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è maggiore della media nazionale, (1.044,5 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

Analogamente i bambini assistiti per pediatra ammontano a 1.429, a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

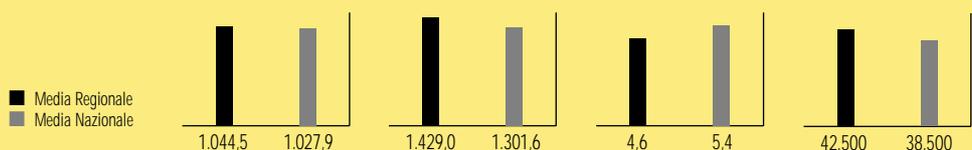
A livello di Usl la variabilità è limitata per quanto concerne il medico di base, passando dalle 942 scelte di Milano 5, alle 1.119 di Ponte San Pietro. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è ancora quello di Ponte San Pietro pari a 3.040.

Per quanto attiene l'attività dei medici di base, assumendo come indicatore quello delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 4,6 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali, con un costo per ricetta di 42.500 lire, superiore alla media nazionale di 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Sondrio si prescrivono in media 3,7 ricette di importo medio pari a 41.600 lire, mentre in quella di Ostiglia le ricette sono 6,1 di importo pari a 43.500 lire.

Tav. 3.3.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Varese	1.068,0	1.802,2	4,5	39.400
Gallarate	1.088,0	2.268,2	4,1	42.600
Busto Arsizio	1.054,8	1.337,2	4,2	38.400
Saronno	1.025,2	1.683,2	4,2	40.300
Como	1.069,3	2.198,1	4,3	38.600
Cantù	1.039,5	1.363,3	3,8	47.800
Lecco	1.090,9	1.639,7	4,5	41.200
Merate	1.051,2	1.871,5	4,0	41.200
Sondrio	1.055,1	2.192,2	3,7	41.600
Albino	1.038,6	2.329,2	4,7	43.100
Ponte San Pietro	1.119,7	3.040,1	4,5	41.300
Bergamo	1.091,9	1.881,5	4,4	39.000
Treviglio	1.056,2	1.825,9	4,6	46.700
Chiari	1.076,3	2.206,5	4,6	41.600
Breno	1.056,8	2.895,4	5,1	41.200
Gardone Val Trompia	995,8	1.545,7	4,9	45.400
Salò	1.107,8	2.074,9	4,9	40.200
Brescia	1.078,9	1.162,5	5,1	37.800
Leno	1.109,1	2.704,1	5,0	42.100
Viadana	1.081,0	1.597,4	5,6	41.400
Mantova	1.009,2	1.366,1	5,3	36.900
Ostiglia	1.066,7	1.101,2	6,1	43.500
Cremona	1.065,5	1.250,1	5,2	37.700
Crema	1.083,8	2.179,8	4,9	38.200
Lodi	1.039,2	1.418,1	4,6	39.800
Melegnano	1.062,1	1.083,3	4,1	44.800
Cernusco	1.045,6	1.035,8	3,9	44.600
Vimercate	1.044,0	1.051,6	4,2	42.900
Monza	1.039,9	1.309,8	4,2	42.400
Desio	1.040,3	1.238,7	4,2	45.700
Cinisello	998,1	1.199,4	4,6	46.600
Garbagnate	1.047,0	1.269,7	4,2	41.400
Rho	1.013,3	1.347,1	4,0	43.700
Legnano	1.035,4	1.632,9	4,1	41.100
Magenta	1.033,3	1.308,5	4,4	42.500
Milano (AM)	976,4	940,4	5,7	49.200
Milano 1	987,7	1.309,7	5,0	45.300
Milano 2	963,6	1.190,4	5,1	49.700
Milano 3	1.016,1	955,1	4,5	46.200
Milano 4	1.044,8	934,2	4,4	43.500
Milano 5	942,0	990,4	5,2	50.200
Pavia	1.092,8	1.116,4	4,9	45.300
Vigevano	1.028,8	1.213,6	5,4	38.000
Voghera	1.068,4	1.324,2	4,7	37.800



dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.3.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione lombarda la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 383.800 lire, sostanzialmente in linea con la media nazionale di 374.100 lire pro-capite. Per quanto riguarda i consumi in quantità, la Lombardia presenta valori di poco più elevati rispetto alla media nazionale (27,3 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

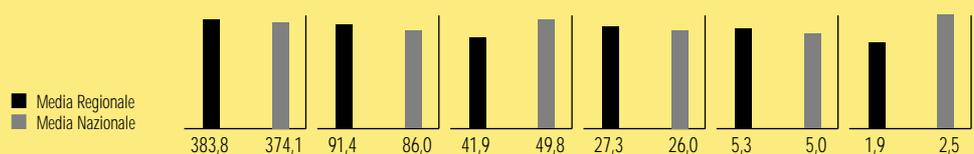
La provincia di Varese è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (466.200 lire pro-capite), che di confezioni (32,6 a testa).

All'opposto Como, con la minore spesa farmaceutica complessiva (299.100 lire), e il minor numero di confezioni (21,4).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 91.400 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Lombardia si spende meno che in Italia con una spesa media regionale di 41.900 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.3.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Varese	466,2	113,8	51,8	32,6	6,5	2,3
Como	299,1	73,3	32,5	21,4	4,2	1,4
Sondrio	403,8	89,1	37,1	29,6	5,3	1,8
Milano	388,3	89,3	42,2	27,7	5,3	1,9
Bergamo	349,6	82,2	39,1	24,8	4,8	1,8
Brescia	374,0	85,4	47,5	26,7	4,9	2,3
Pavia	399,7	94,6	41,2	28,0	5,5	1,9
Cremona	428,2	121,9	39,0	30,2	6,9	1,8
Mantova	378,2	104,3	37,3	26,7	6,0	1,7
Lecco	313,8	79,6	31,8	23,3	4,8	1,5
Lodi	366,8	91,5	39,2	26,1	5,3	1,8



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.3.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

Nella Regione Lombardia la spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre calcolata in base alla popolazione pesata) ammonta a 224.100 lire, a fronte della media nazionale di 236.000 lire pro-capite.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl (17.700 contro 26.400 lire medie nazionali), di quella spesa dalle Aziende ospedaliere, (18.200 lire contro 14.300 lire medie) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (188.200 contro 195.200 lire).

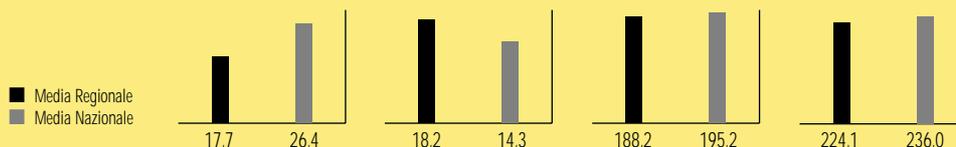
Chiari (257.900 lire) è la Usl con la spesa farmaceutica pubblica più alta, mentre Sondrio è in coda con 175.300 lire.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica ospedaliera dei presidi delle Aziende Usl, spicca Ostiglia con 42.400 lire, mentre la spesa minore (escludendo i valori bassissimi di Milano 5 e Milano 4 giustificati dall'assenza di presidi ospedalieri), si rilevano a Milano 1 con 4.300 lire pro-capite.

Per la farmaceutica convenzionata la spesa più alta si registra a Milano 1 (250.500 lire), mentre la più bassa si rileva a Sondrio (148.700 lire spese pro-capite).

Tav. 3.3.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

Usl	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. Usl	Az. Osp.(a)		
Varese	15,5		183,1	216,8
Gallarate	29,2		163,6	211,0
Busto Arsizio	35,4		171,0	224,6
Saronno	18,8		179,2	216,2
Como	10,2		173,2	201,6
Cantù	17,7		177,7	213,6
Lecco	9,4		166,9	194,5
Merate	21,5		160,9	200,6
Sondrio	26,2		148,7	193,1
Albino	26,7		191,2	236,1
Ponte San Pietro	4,7		176,9	199,8
Bergamo	10,9		188,4	217,5
Treviglio	21,7		209,8	249,7
Chiari	22,9		216,8	257,9
Breno	28,3		203,9	250,4
Gardone V.Trompia	12,3		219,5	250,0
Salò	31,3		174,2	223,7
Brescia	8,1		206,3	232,6
Leno	28,9		203,5	250,6
Viadana	23,4		196,6	238,2
Mantova	18,7		187,4	224,3
Ostiglia	42,4		182,2	242,8
Cremona	4,8	18,2	187,8	210,8
Crema	32,2		198,0	248,4
Lodi	30,8		189,3	238,3
Melegnano	28,9		191,1	238,2
Cernusco	18,0		176,6	212,8
Vimercate	31,4		170,8	220,4
Monza	5,0		171,3	194,5
Desio	17,2		190,4	225,8
Cinisello	20,5		205,4	244,1
Garbagnate	38,7		163,3	220,2
Rho	19,2		183,9	221,3
Legnano	33,6		167,1	218,9
Magenta	39,3		177,8	235,3
Milano 1	4,3		250,5	273,0
Milano 2	7,1		218,1	243,4
Milano 3	5,1		215,9	239,2
Milano 4	1,8		178,8	198,8
Milano 5	1,7		173,0	192,9
Milano 6	6,2		223,3	247,7
Pavia	6,0		207,0	231,2
Vigevano	23,4		180,1	221,7
Voghera	37,1		175,3	230,6



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.4. Provincia autonoma di Bolzano

3.4.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Provincia autonoma di Bolzano ha circa 450.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 4 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è pari al 45% di quella media nazionale. Fra le 4 aziende Usl la più piccola è quella Nord Bressanone (63.704 abitanti, ovvero poco più della metà della media regionale). La più grande è invece la Usl Centro - sud Bolzano con 202.249 abitanti. L'indice di vecchiaia (86,2%) è inferiore alla media nazionale in tutte le Usl, dove si rilevano tuttavia marcate differenze, passando dal 107,3% di Centro-sud Bolzano (quasi in linea con la media nazionale) al 60,1% di Est Brunico. La natalità (12,0‰) è superiore alla media nazionale: Centro-sud Bolzano è l'area con minore natalità (10,9‰) ma comunque superiore al dato nazionale, mentre la Usl Est Brunico è la più prolifica con un tasso del 13,7 ‰. La mortalità presenta un indice del 8,1‰. Il valore più alto (ma sempre in linea con la media nazionale si registra a Centro - sud Bolzano (8,8 ‰), mentre all'estremo opposto troviamo Est Brunico (6,4‰). Come si può notare dalla tabella, resta il fatto che il tasso di natalità supera quello di mortalità in tutte le Usl.

3.4.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

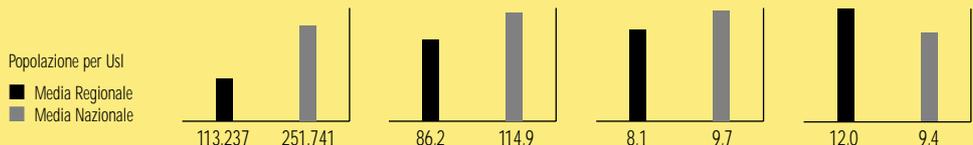
Il reddito prodotto pro-capite della Provincia autonoma di Bolzano risulta maggiore di quello nazionale (33,4 milioni contro 27,2 milioni), così come i depositi bancari (25,1 milioni contro i 17 milioni). Oltre la metà degli abitanti è occupato (il 56,1%) con un tasso di disoccupazione del 2,8% (contro il 12,1% nazionale). I valori di uomini e donne sono molto vicini per la disoccupazione, rispettivamente 2,4% e 3,5%.

3.4.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori leggermente superiori alla media nazionale per i maschi (206,7 decessi nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 decessi in media in Italia), e inferiori per le donne (67,1 morti contro 76,0 medi in Italia). Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria sono 142,5 (sempre ogni 100.000 abitanti), contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica sono invece di 34,2 decessi contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili alle carenze di interventi di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 5,6 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 16,9 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e all'assistenza sanitaria, invece, i valori della P.A.

Tav. 3.4.1. - Contesto demografico

USL	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Centro-sud Bz	202.249	107,3	8,8	10,9
Ovest Merano	118.931	84,9	8,5	12,2
Nord Bressanone	63.704	66,1	7,3	13,0
Est-Brunico	68.063	60,1	6,4	13,7
Totale	452.947			

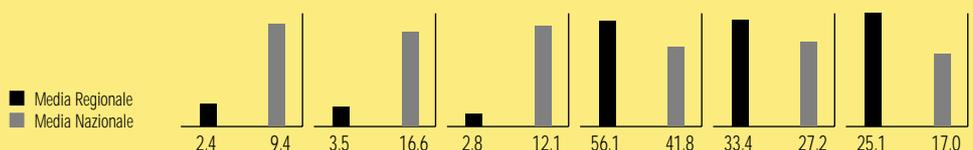


dati 1996

- (a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)
- (b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)
- (c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.4.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Bolzano-Bozen	2,4	3,5	2,8	56,1	33,4	25,1

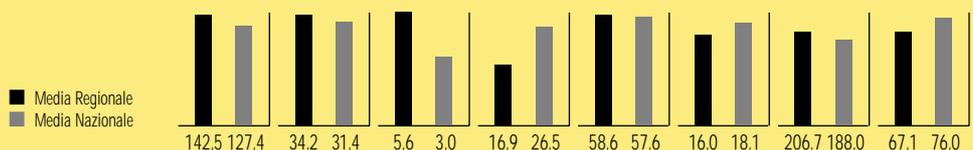


dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

- (a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi
- (b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine
- (c) Disoccupati diviso forze di lavoro
- (d) Occupati diviso popolazione >15 anni
- (e) Valore aggiunto diviso abitanti
- (f) Depositi bancari diviso abitanti

Tav. 3.4.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

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	132,0	38,9	6,3	16,3	54,8	14,1	193,1
Ovest Merano	157,1	21,2	6,5	23,5	56,0	18,3	219,6	63,0
Nord Bressanone	170,9	30,3	3,1	9,6	56,4	8,7	230,4	48,6
Est Brunico	123,7	44,2	3,2	13,4	76,7	27,0	203,6	84,6



dati 1994

di Bolzano sono in linea con quelli medi nazionali con 58,6 morti per i maschi a fronte di una media italiana di 57,6 e di 16,0 morti contro 18,1 nazionali, per le donne. A livello di singola Usl, per i maschi, Nord Bressanone, con 230,4 decessi presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Centro-Sud Bolzano con 193,1 morti. Le due Usl sono protagoniste anche per la mortalità evitabile nelle donne, ma con valori invertiti: la mortalità evitabile più alta femminile si registra infatti a Centro-Sud Bolzano con 84,6 morti, mentre Nord Bressanone registra il valore più basso con 48,6 decessi.

3.4.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Ovest Merano è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 84,9% del valore medio regionale; Nord Bressanone è di contro quella con la spesa più alta pari a +15,9% del valore medio regionale. Tali differenze (peraltro contenute nella Regione) rispetto alla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa. La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Nord Bressanone (+21,8%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Ovest Merano (-19,0%). Per la medicina di base troviamo invece ai due estremi Est Brunico (+3,5%) e Ovest Merano (-2,2%). L'ospedaliera convenzionata ha agli estremi Centro Sud Bolzano (+10,7%) e Nord Bressanone (-23,5). La farmaceutica evidenzia Centro Sud Bolzano come la Usl con maggiore onere (+4,7%), mentre Est Brunico è quella con l'onere minore (-6,5%).

3.4.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera presenta un indice di 5,9 posti letto (tra pubblici e privati) per 1.000 abitanti, uguale alla media nazionale. La maggior parte dei letti (5,2 per 1.000 si trova negli ospedali pubblici delle Usl (non sono presenti Aziende ospedaliere), mentre la dotazione di letti privati è dello 0,8 per 1.000. La distribuzione dei letti è piuttosto difforme, variando dai 4,9 posti letto di Merano ai 7,7 per 1.000 abitanti di Bressanone. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 78,1% (media nazionale 77,6%), Brunico utilizza il 75,5% dei posti letto mentre Bressanone raggiunge l'81,5%.

3.4.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (14,6 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di circa 1 a 4 con gli infermieri (che sono 53 ogni 10.000 abitanti a fronte dei 38 medi nazionali). Il minor numero di medici si registra a Ovest Merano (11,9) compensato da quasi 4 infermieri per medico (45,9). Di contro a Centro-sud Bolzano abbiamo 16,4 medici per 10.000 abitanti con circa 53,6 infermieri (anche in questo caso più di 3,0 per medico).

Tav. 3.4.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

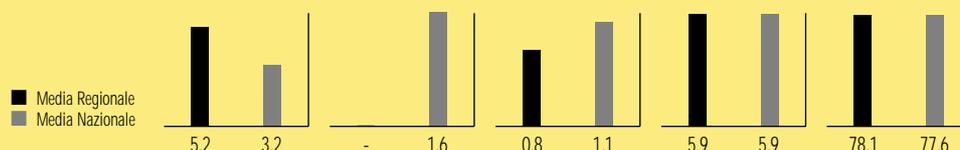
Usl	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Centro-sud Bz	102,8	101,9	101,8	110,7	104,7
Ovest Merano	84,9	81,0	97,8	103,0	94,5
Nord Bressanone	115,9	121,8	99,3	76,5	101,5
Est-Brunico	105,4	111,2	103,5	76,8	93,5
Media regionale spesa Usl	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle Usl della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola Usl

Tav. 3.4.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI				TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (b)
	OSP. Usl (a)	Az. OSP.	IST. PRIV. ACCRED.	TOTALE	
Centro-sud Bz	5,2	-	1,0	6,2	78,6
Ovest Merano	4,3	-	0,6	4,9	75,9
Nord Bressanone	6,5	-	1,2	7,7	81,5
Est-Brunico	5,3	-	-	5,3	75,5



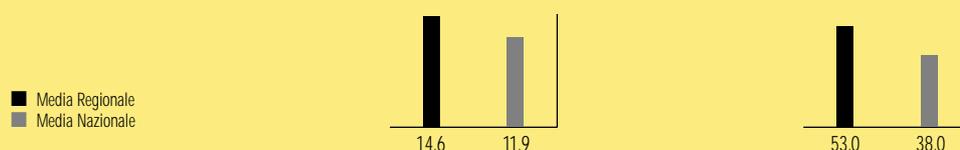
dati 1996

(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.4.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)

Usl	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Centro-sud Bz	16,4	53,6
Ovest Merano	11,9	45,9
Nord Bressanone	15,4	62,6
Est-Brunico	13,4	54,5



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.4.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è maggiore della media nazionale (1.789,5 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale). Analogamente i bambini assistiti per pediatra ammontano a 2.338,0 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale. A livello di Usl la variabilità, per quanto concerne il medico di base, passa dalle 1.432,0 scelte di Est Brunico, alle 1.913 di Centro-sud Bolzano. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Est Brunico pari a 4.541,0.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, usando come indicatore quello delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 3,4 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali, con un costo per ricetta di 35.000 lire, inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire. A livello di singola Usl, a Bressanone ed a Centro Sud Bolzano si prescrivono in media 3,6 ricette di importo medio diverso, pari a 31.600 lire per la prima, 37.500 lire per la seconda.

3.4.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

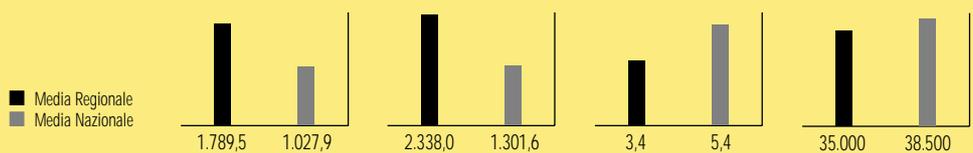
Nella provincia la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 352.300 lire, un valore inferiore alla spesa media nazionale pari a 374.100 lire pro-capite. Per quanto riguarda i consumi in quantità, la P.A. di Bolzano presenta invece valori in linea con la media nazionale (26,9 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia). L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 79.800 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Più bassa anche la spesa per gli antibiotici con un valore medio di 26.900 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.4.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

Nella Provincia Autonoma di Bolzano la spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata) ammonta a 185.900 lire, contro le 236.000 lire pro-capite a livello nazionale. Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (60.400 contro 26.400 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata, che è invece inferiore alla media nazionale (125.500 contro 195.200 lire). A Centro-sud Bolzano (200.900 lire) e a Nord Bressanone (200.300 lire) si rileva la spesa farmaceutica pubblica più alta, all'opposto Ovest Merano con 154.300 lire. Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Nord Bressanone con 72.900 lire, mentre la minore si rileva a Ovest Merano con 35.700 lire. Per la farmaceutica convenzionata è la Usl di Centro-sud Bolzano quella con la maggior spesa (131.400 lire), mentre Est Brunico è quella con la spesa più bassa (117.400 lire).

Tav. 3.4.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTO MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Centro-sud Bolzano	1.913,8	1.667,3	3,6	37.500
Ovest Merano	1.810,4	3.024,1	3,2	34.900
Nord Bressanone	1.834,1	2.469,7	3,6	31.600
Est Brunico	1.432,6	4.541,7	3,3	30.500

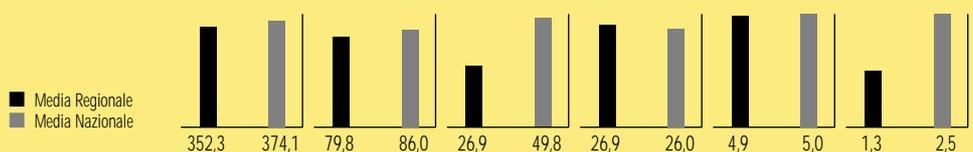


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
- (b) Assistiti <15 diviso pediatri
- (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
- (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.4.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Bolzano-Bozen	352,3	79,8	26,9	26,9	4,9	1,3



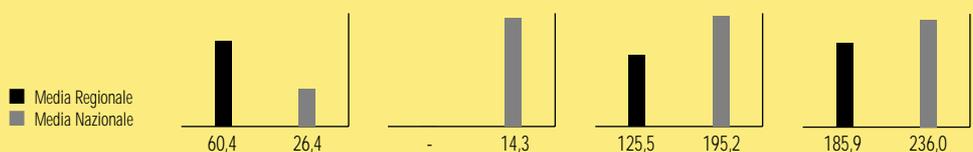
dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
- (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.4.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

USL	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA	TOTALE FARMACI
	Az. USL	Az. Osp.	CONVENZIONATA	
Centro-sud Bz	69,5	-	131,4	200,9
Ovest Merano	35,7	-	118,6	154,3
Nord Bressanone	72,9	-	127,4	200,3
Est-Brunico	65,3	-	117,4	182,7



dati 1996

3.5. Provincia autonoma di Trento

3.5.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Provincia autonoma di Trento ha circa 460.000 residenti, concentrati per l'assistenza sanitaria nell'Azienda Usl di Trento. La dimensione di tale azienda, in termini di popolazione assistita, è maggiore di quasi il 50% rispetto a quella media nazionale.

L'indice di vecchiaia (121,3%) è in linea con quello nazionale (114,9%), così come il tasso di natalità (il 10,2‰ contro il 9,4‰).

La mortalità (9,7‰) coincide con quella media nazionale.

3.5.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite della provincia di Trento è pari a 31,2 milioni a fronte dei 27,2 milioni medi italiani.

I depositi bancari sono nettamente maggiori di quelli nazionali (24,9 milioni contro i 17 milioni).

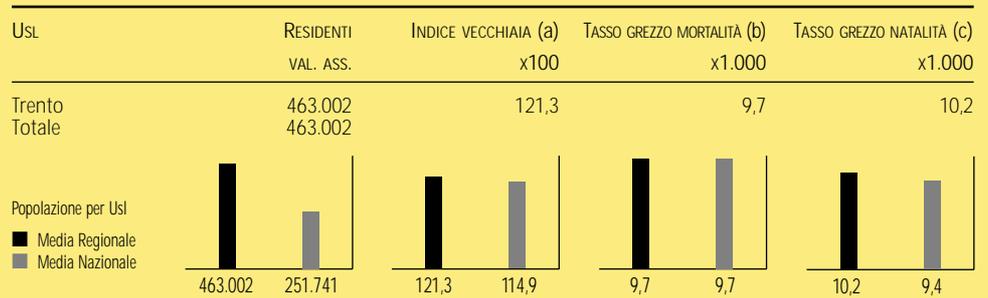
Quasi la metà degli abitanti risulta occupata (49,0%) con un tasso di disoccupazione pari al 5,5% (contro il 12,1% nazionale).

Gli uomini disoccupati sono il 4% mentre le donne il 7,8% (contro, rispettivamente, il 9,4 ed il 16,6% della media nazionale).

3.5.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori superiori alla media nazionale per gli uomini (214,7 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 decessi in media nel Paese) e in linea per le donne (74,7 morti contro 76,0 medi in Italia). Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria sono negli uomini 153,7 decessi (sempre considerando il tasso di incidenza su 100.000 abitanti), contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica sono invece di 36,3 decessi contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili alla carenza di interventi di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 0,5 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 22,2 contro 26,5. Per carenze attribuibili nelle misure di igiene e negli interventi di assistenza sanitari i valori della P.A. di Trento si avvicinano a quelli medi nazionali con di 56,5 morti a fronte di una media italiana di 57,6 per i maschi, mentre per le donne i valori si assestano su 16,2 decessi contro 18,1 nazionali.

Tav. 3.5.1. - Contesto demografico



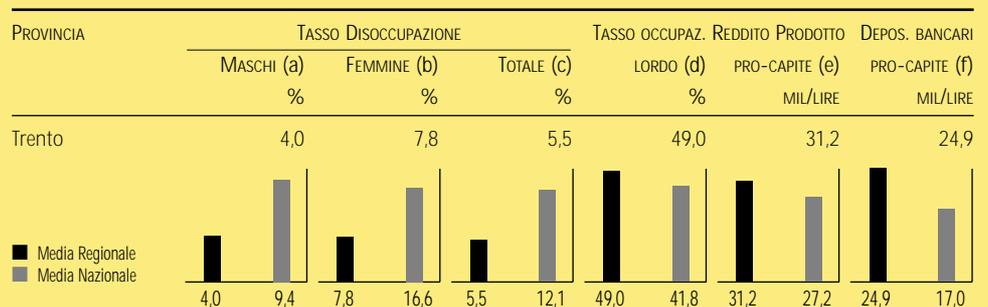
dati 1996

(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.5.2. - Contesto economico



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

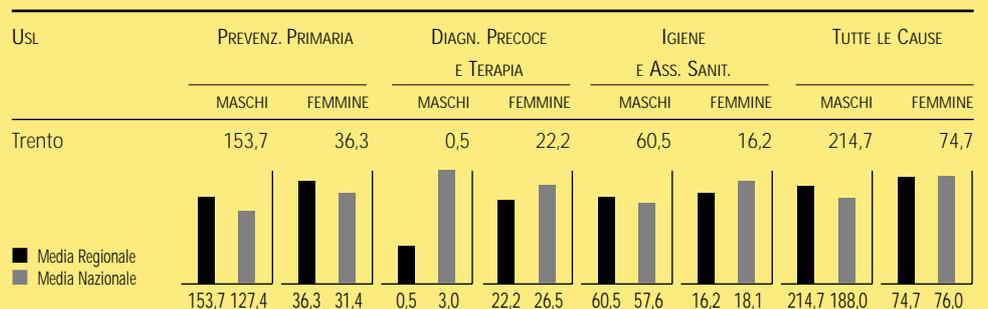
(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

Tav. 3.5.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)



dati 1996

3.5.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Nota: per la provincia autonoma di Trento non sono stati effettuati rapporti tra la spesa delle Usl della provincia, in quanto è presente una sola Usl. Pertanto nella pagina a fronte non è presente la tavola 3.5.4. Per il confronto tra la provincia autonoma di Trento e Italia, vedi il capitolo 2.

3.5.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera della provincia autonoma di Trento conta su 6,7 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. Sono assenti nella provincia le Aziende ospedaliere. I posti letto risultano, quindi, distribuiti tra gli ospedali delle Usl (5,4 letti contro i 4,8 per 1.000 abitanti della media nazionale, comprensiva della quota delle Aziende ospedaliere) e gli istituti privati accreditati (1,3 per 1.000 contro 1,1). Il tasso di utilizzazione è dell'82,5% (77,6% la media nazionale).

3.5.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (16,6 contro 11,9 per 10.000 abitanti), mentre per gli infermieri abbiamo un numero molto più alto della media nazionale (61,3 ogni 10.000 abitanti contro 38,0) corrispondenti a quasi 4 ogni medico.

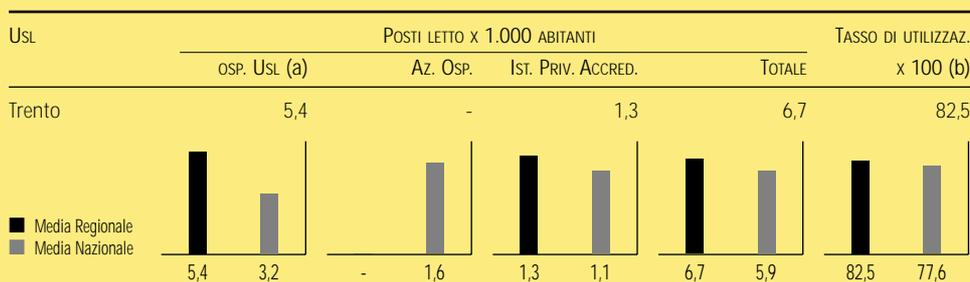
3.5.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è maggiore della media nazionale (1.125,1 della provincia contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra sono di contro 1.097,9 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 4 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 36.300 lire, inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

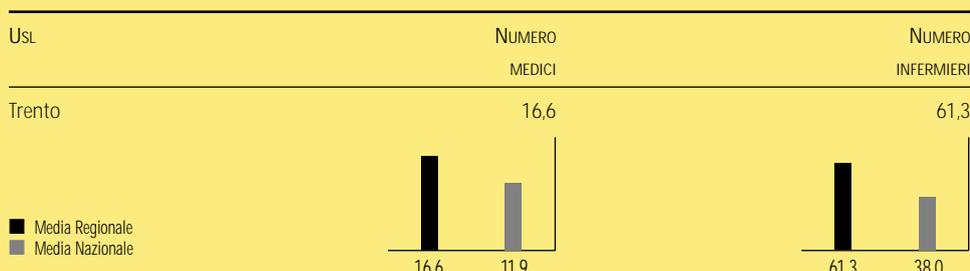
Tav. 3.5.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati
 (b) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

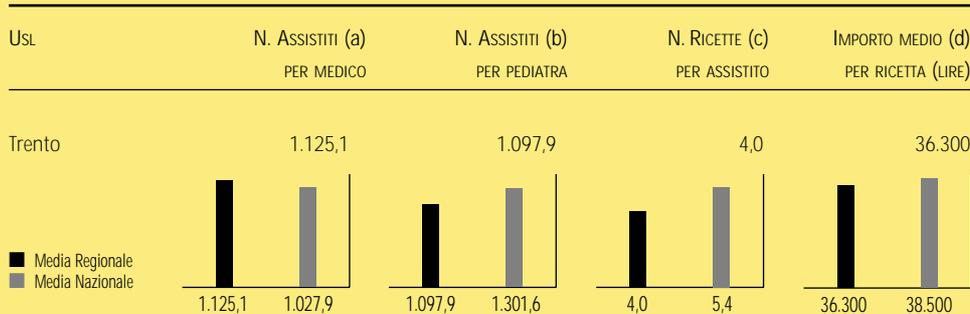
Tav. 3.5.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.5.7. - Medicina di base



dati 1996

(a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.5.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

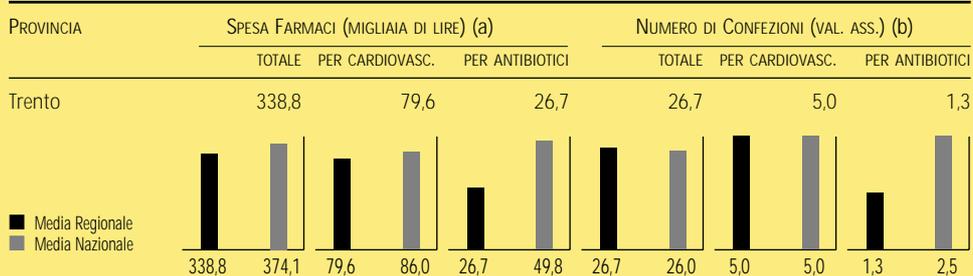
Nella P.A. di Trento la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 338.800 lire, a fronte delle 374.100 lire pro-capite spese mediamente in Italia. Per quanto riguarda i consumi in quantità, Trento presenta invece valori in linea con la media nazionale (26,7 confezioni pro-capite nella provincia, contro 26 confezioni medie in Italia). L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci sia per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 79.600 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale, che per gli antibiotici con una spesa media di 26.700 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.5.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

Nella Provincia Autonoma di Trento, la spesa pro-capite media dell'unica Azienda Usl, in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata), ammonta a 182.100 lire, contro le 236.000 lire pro-capite medie nazionali.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera, superiore alla media nazionale (38.800 contro 26.400 lire), e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (143.300 lire), inferiore di circa 50.000 lire rispetto alla media.

Tav. 3.5.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)



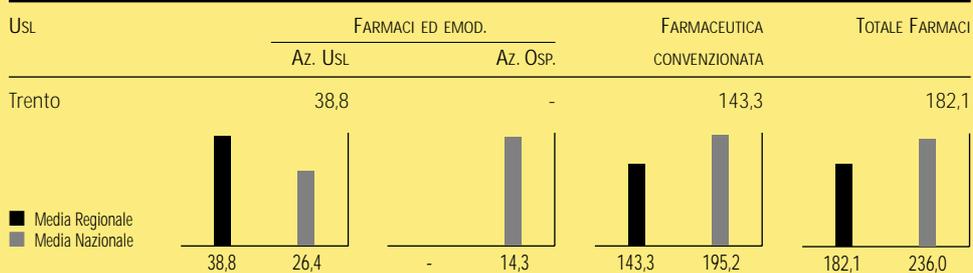
dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.5.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

3.6. Veneto

3.6.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

Il Veneto ha quasi 4.500.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 22 Aziende Usl.

La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è pari a circa l'80% di quella media nazionale.

Fra le 22 aziende Usl la più piccola è quella di Adria, (75.519 abitanti, ovvero meno della metà della media regionale). La più grande è Verona (409.000 abitanti), seguita da Padova e Treviso (oltre i 350.000 abitanti).

L'indice di vecchiaia (128,4%) è sostanzialmente in linea con la media nazionale, ma presenta notevoli differenze tra le Usl.

Mentre a Mirano i vecchi ed i bambini si equivalgono (indice di vecchiaia pari a 100,8), a Venezia e a Mestre vi sono quasi 2 vecchi per ogni bambino (indice pari a 207,2).

La natalità (8,9‰) è anch'essa in linea con la media nazionale: Venezia e Mestre costituiscono le aree con minore natalità (6,6‰), mentre Cittadella è la più prolifica (11,1‰ valore superiore alla media nazionale).

In linea anche la mortalità (9,4‰). Si distinguono Belluno, Feltre, Venezia e Mestre (tutte oltre l'11‰), mentre all'estremo opposto troviamo Mirano e Cittadella (7,7‰ e 8,0‰) con una mortalità inferiore alla media nazionale.

3.6.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite risulta mediamente più alto della media nazionale (32,4 milioni contro 27,2 milioni); la provincia più ricca è Vicenza 34,5 milioni contro i 27,7 milioni di Rovigo.

I depositi bancari, superiori alla media nazionale (18,7 milioni contro i 17 milioni), sono maggiori a Verona 21,2 milioni mentre sono pari alla media nazionale a Rovigo (16,9 milioni).

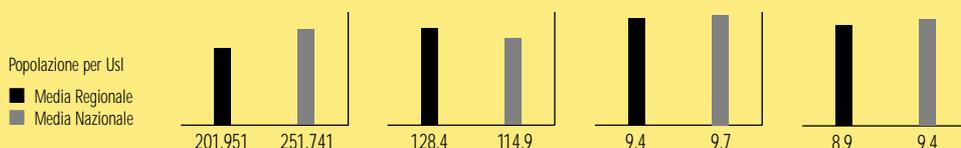
Quasi la metà della popolazione risulta occupata (48,3%) contro il 41,8% nazionale. A Vicenza abbiamo il maggior tasso di occupazione (53,2%) mentre a Rovigo e Verona (44,8%) quello più basso.

Il tasso di disoccupazione (5,6%) è nettamente inferiore al 12,1% nazionale; si rileva una minore disoccupazione a Belluno (3,1%) e una maggiore a Rovigo (10,4%). Gli uomini presentano un tasso di disoccupazione del 3,4% (9,4% nazionale) con una punta minima a Vicenza (1,4%).

Anche per le donne il tasso di disoccupazione è notevolmente più basso di quello medio nazionale e si attesta sul 9,1%. Fa eccezione Rovigo che, con il 17,1%, è l'unica provincia a presentare un indice di disoccupazione femminile più alto della media nazionale. Belluno, al contrario, si conferma anche per le donne la provincia con minore disoccupazione (4,9%).

Tav. 3.6.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Belluno	131.354	172,4	11,9	8,5
Feltre	80.668	174,6	11,4	8,0
Bassano del Grappa	160.594	104,0	8,6	10,2
Thiene	167.672	122,1	9,4	9,8
Arzignano	158.658	104,8	8,6	10,2
Vicenza	279.959	115,8	8,1	9,6
Pieve di Soligo	196.563	146,4	9,4	8,6
Asolo	213.093	107,5	8,6	10,4
Treviso	351.140	125,7	8,7	9,6
San Dona' di Piave	194.311	117,1	8,6	8,0
Venezia	116.029	207,2	11,6	6,6
Mestre	199.946	207,2	11,6	6,6
Mirano	234.635	100,8	7,7	8,7
Chioggia	128.998	104,7	8,7	8,6
Cittadella	211.928	94,1	8,0	11,1
Padova	381.344	141,6	9,1	8,1
Este	184.515	127,9	10,1	8,9
Rovigo	172.160	163,3	11,3	6,7
Adria	75.519	136,6	10,1	7,2
Verona	409.058	140,9	9,9	9,1
Legnago	162.199	128,3	10,6	7,9
Bussolengo	232.588	106,2	8,7	10,4
Totale	4.442.931			



dati 1996

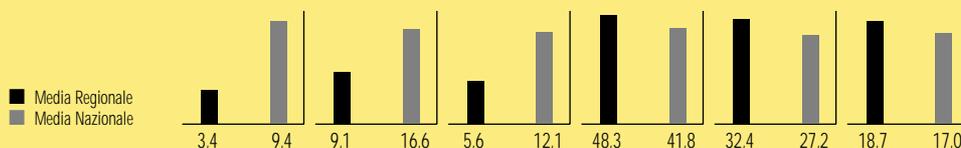
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.6.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Verona	3,5	10,8	6,4	44,8	32,8	21,2
Vicenza	1,4	6,0	3,2	53,2	34,5	19,8
Belluno	1,8	4,9	3,1	52,2	30,3	17,2
Treviso	2,5	6,3	4,0	49,4	33,4	17,6
Venezia	4,8	11,0	7,2	47,4	30,2	15,5
Padova	4,0	9,9	6,3	47,3	33,1	20,3
Rovigo	6,2	17,1	10,4	44,8	27,7	16,9



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.6.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori superiori alla media nazionale per gli uomini (207,3 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti in Veneto, contro 188,0 decessi in media nel Paese) e in linea per le donne (75,0 morti contro 76,0 medi in Italia). Tra le morti, quelle evitabili con interventi di prevenzione primaria sono 151,6 per gli uomini, contro 127,4 dell'Italia (sempre calcolati su 100.000 abitanti). Nelle donne i valori di questa casistica sono invece di 34,6 decessi contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili alla carenza di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 2,7 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 24,9 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria i valori del Veneto sono leggermente inferiori a quelli medi nazionali sia per i maschi (53,0 morti a fronte di una media italiana di 57,6), che per le donne (15,5 morti contro 18,1 nazionali).

A livello di singola Usl, per i maschi, Feltre, con 281,4 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Verona con 179,2 decessi.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Rovigo con 93,9 morti, di contro Pieve di Soligo registra il valore più basso con 56,2 decessi ogni 100.000 abitanti.

3.6.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Verona è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 70,3% del valore medio regionale; Venezia è di contro quella con la spesa più alta pari a +48,4% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Venezia (+61,2%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto è quello di Verona (-43,1%).

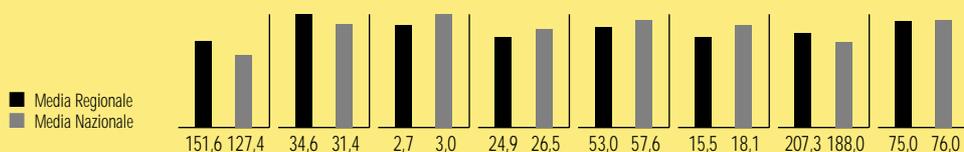
Per la medicina di base troviamo ai due estremi Bassano del Grappa (+19,3%) e Bussolengo (-15,5%), con un range abbastanza ampio rispetto alle altre Regioni.

L'ospedaliera convenzionata ha agli estremi Bussolengo (indice 552,8 quindi oltre 5 volte il valore medio regionale) e Legnago (con una spesa pari al 5,0% della media regionale).

La farmaceutica evidenzia; Adria come la Usl con maggiore onere (+14,4%), mentre Thiene è quella con l'onere minore (-16,0%).

Tav. 3.6.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Belluno	180,2	37,2	2,2	30,8	66,3	12,5	248,7
Feltre	216,1	47,1	6,1	14,9	59,2	20,3	281,4	82,3
Bassano del Grappa	154,5	24,7	9,5	21,1	49,0	21,4	213,0	67,2
Thiene	174,4	34,5	3,0	23,7	93,2	24,3	270,6	82,5
Arzignano	162,0	29,4	1,5	29,4	50,6	22,9	214,1	81,7
Vicenza	138,9	41,2	0,0	33,1	57,8	10,0	196,7	84,3
Pieve di Soligo	134,3	18,9	1,2	23,7	52,3	13,6	187,8	56,2
Asole	165,9	31,0	1,1	18,1	51,2	18,9	218,2	68,0
Treviso	137,0	28,6	4,7	27,8	54,0	15,3	195,7	71,7
San Dona' di Piave	185,9	28,2	2,5	23,0	45,0	12,9	233,4	64,1
Venezia - Mestre	141,7	34,8	0,8	26,4	42,8	10,5	185,3	71,7
Mirano	143,0	39,8	3,9	30,1	47,6	19,9	194,5	89,8
Chioggia	190,1	43,2	4,2	23,4	59,8	14,1	254,1	80,7
Cittadella	142,2	43,1	1,3	19,6	38,7	14,6	182,2	77,3
Padova	126,8	33,7	1,3	23,5	63,9	15,0	192,0	72,2
Este	181,0	37,9	1,4	19,0	52,7	14,3	235,1	71,2
Rovigo	189,3	46,7	6,5	29,8	54,3	17,4	250,1	93,9
Adria	162,8	36,8	3,9	14,4	22,4	8,3	189,1	59,5
Verona	132,0	34,2	1,8	26,4	45,4	11,6	179,2	72,2
Legnago	129,2	32,6	4,7	12,4	62,4	18,5	196,3	63,5
Bussolengo	142,9	34,0	3,3	28,3	45,2	20,1	191,4	82,4



dati 1994

Tav. 3.6.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Belluno	118,1	136,3	101,1	22,6	97,3
Feltre	107,6	113,2	106,3	121,0	93,2
Bassano del Grappa	102,3	112,3	119,3	5,5	95,4
Thiene	90,9	101,1	91,5	5,4	84,0
Arzignano	97,8	103,9	106,9	6,1	109,6
Vicenza	118,8	124,8	97,4	111,0	101,0
Pieve di Soligo	90,0	85,5	101,4	105,7	94,1
Asole	100,2	113,4	100,0	7,2	85,3
Treviso	108,4	111,5	100,8	116,5	92,0
San Dona' di Piave	94,9	96,6	105,4	73,5	100,9
Venezia	148,4	161,2	100,9	232,1	103,4
Mestre	102,6	90,3	99,3	244,4	97,7
Mirano	102,6	113,8	92,8	5,6	105,4
Chioggia	104,7	116,6	100,1	5,9	107,8
Cittadella	107,1	121,6	98,9	5,4	101,5
Padova	79,9	60,8	103,3	114,8	105,6
Este	84,5	90,4	89,0	5,5	96,0
Rovigo	114,7	119,1	112,7	75,5	112,3
Adria	102,6	89,9	115,6	238,4	114,4
Verona	70,3	56,9	100,0	69,3	105,0
Legnago	97,3	106,8	92,9	5,0	103,8
Bussolengo	120,1	88,7	84,5	552,8	99,2
Media regionale spesa UsL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

3.6.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera veneta presenta un indice (letti pubblici e privati) di 6,5 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. La loro distribuzione all'interno della rete ospedaliera regionale mostra un indice superiore alla media negli ospedali delle Usl (5,1 posti letto per 1.000 abitanti contro 3,2); una dotazione leggermente inferiore alla media regionale nelle Aziende ospedaliere (1,0 contro 1,6 posto letto per mille abitanti); una quota decisamente inferiore di posti letto negli istituti privati accreditati (0,3 per 1.000 abitanti contro 1,1 letti a livello nazionale).

All'interno delle singole Usl la distribuzione varia dai 3,9 posti letto di Verona agli 11,9 posti letto per 1.000 abitanti di Venezia.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 79,2% (77,6% in media nazionale), Legnago utilizza solo il 68,4% dei posti letto mentre Feltre ne utilizza l'85,2%.

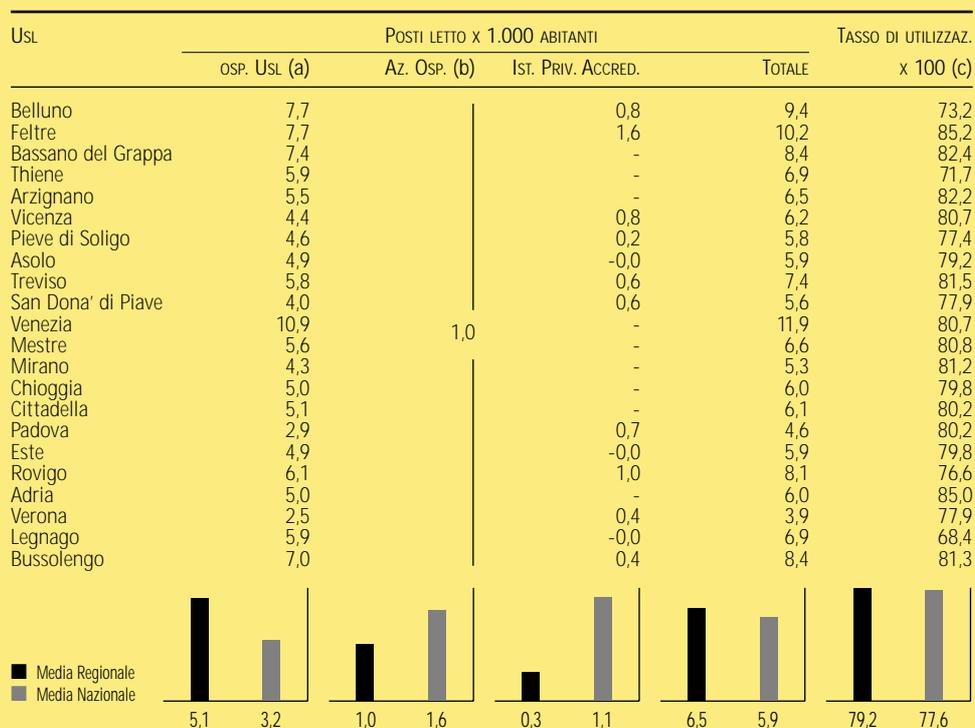
3.6.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (13,2 contro 11,9 per 10.000 abitanti, con un rapporto di circa 1 a 4 con gli infermieri (50,9 ogni 10.000 abitanti, contro i 38,0 infermieri presenti mediamente in Italia).

Il minor numero di medici è a Padova (4,9); limitato anche il numero di infermieri (28,3).

Di contro a Venezia troviamo 28,7 medici per 10.000 abitanti con 106,5 infermieri (in questo caso quasi 4 per medico).

Tav. 3.6.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

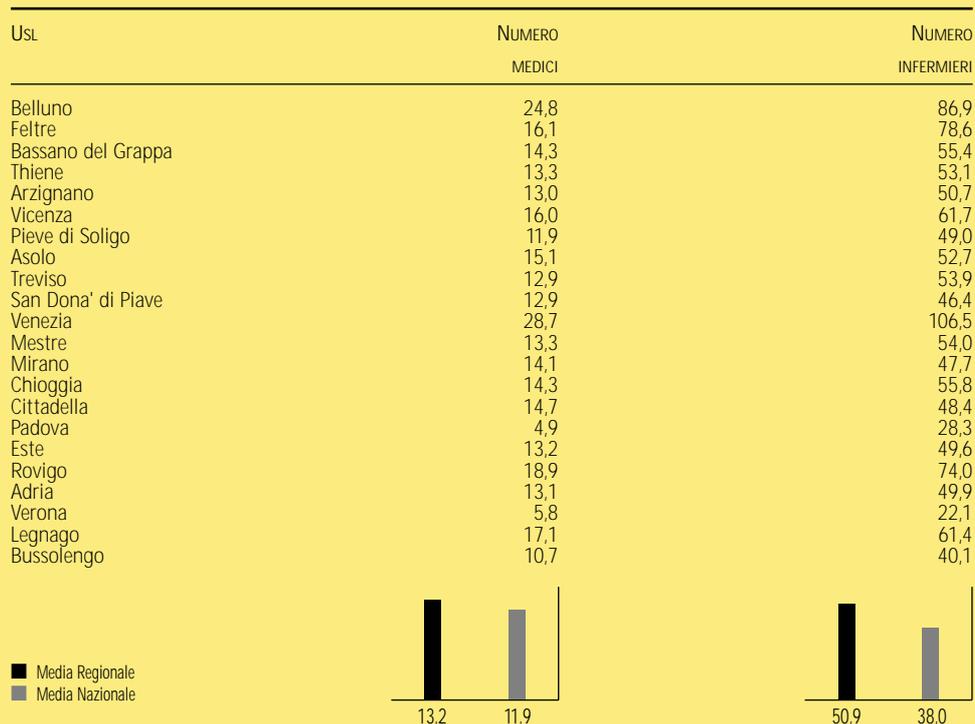
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche i Policlinici universitari e gli IRCCS.

(c) 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.6.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.6.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (1.101,3 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra ammontano a 1.260,2 a fronte di 1301,6 scelte a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità per quanto concerne il medico di base, passa dalle 997,9 scelte di Venezia-Mestre 1, alle 1.940,3 di Chioggia. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è ancora quello di Chioggia pari a 3.066,6.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando come indicatore quello delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 4,7 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 34.300 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Asolo si prescrivono in media 4 ricette di importo medio pari a 33.600 lire, mentre in quella di Rovigo le ricette sono 5,9 di importo leggermente minore a 32.500 lire.

3.6.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

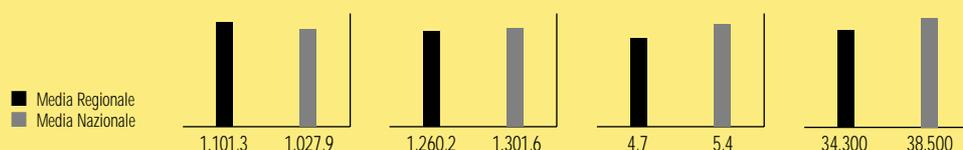
Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 356.900 lire, un valore di poco inferiore alla spesa media nazionale di 374.100 lire pro-capite. Per quanto riguarda i consumi in quantità, il Veneto presenta valori in linea con la media nazionale (26,2 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia). La provincia di Rovigo è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (398.000 lire pro-capite), che di confezioni (28,7 a testa).

Verona fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (330.500 lire), mentre Vicenza il minor numero di confezioni (24,3).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 94.300 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Veneto si spende meno che in Italia con una spesa media regionale di 34.100 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.6.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Belluno	1.052,0	1.736,6	4,6	36.100
Feltre	1.199,6	1.413,2	4,8	34.100
Bassano del Grappa	1.134,6	1.437,7	4,4	34.100
Thiene	1.065,2	1.520,5	4,5	33.300
Arzignano	1.122,2	1.270,5	5,0	33.600
Vicenza	1.108,1	1.066,2	5,0	32.200
Pieve di Soligo	1.100,4	1.778,5	4,5	34.200
Asolo	1.089,5	1.401,2	4,0	33.600
Treviso	1.129,0	1.218,6	4,2	35.300
San Dona' di Piave	1.093,1	1.367,1	4,6	30.500
Venezia - Mestre 1	997,9	937,1	5,0	36.100
Venezia - Mestre 2	1.049,8	922,8	5,0	34.900
Mirano	1.086,3	1.312,6	4,4	35.400
Chioggia	1.940,3	3.066,6	4,7	34.900
Cittadella	1.110,1	1.443,8	4,4	35.000
Padova	1.092,3	998,0	4,9	35.500
Este	1.099,5	1.476,0	4,7	33.100
Rovigo	1.103,8	1.611,1	5,9	32.500
Adria	1.056,0	1.674,9	5,4	39.300
Verona	1.067,3	992,0	4,8	35.500
Legnago	1.052,6	1.233,8	5,1	33.000
Bussolengo	1.043,6	1.071,8	4,8	34.100

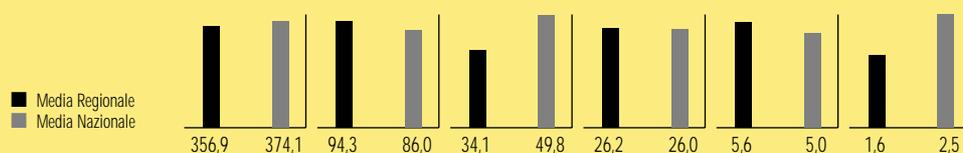


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.6.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Verona	330,5	85,1	31,6	24,5	5,1	1,6
Vicenza	331,9	87,0	32,0	24,3	5,2	1,5
Belluno	355,2	104,6	29,3	26,0	6,1	1,4
Treviso	369,9	95,1	35,4	26,9	5,6	1,6
Venezia	353,4	92,7	32,8	26,3	5,5	1,5
Padova	384,7	101,9	39,0	27,9	6,1	1,9
Rovigo	398,0	113,6	36,6	28,7	6,7	1,8



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
 (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.6.8.1. *Spesa farmaceutica del Ssn*

Nella Regione Veneto la spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in relazione alla popolazione pesata) ammonta a 206.000 lire, a fronte delle 236.000 lire pro-capite medie nazionali.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (39.000 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, inferiore alla media nazionale (10.400 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata, inferiore alla media nazionale (156.700 contro 195.200 lire).

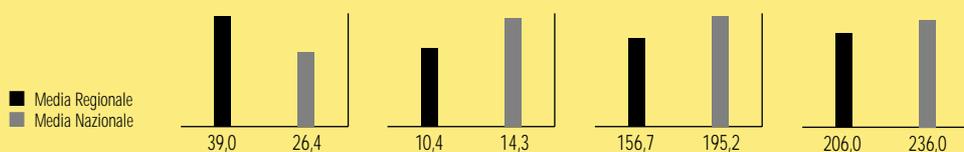
Complessivamente è Rovigo (236.000 lire) la Usl con la spesa più alta, mentre Asolo e Thiene sono in coda con 186.600 e 188.400 lire.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Venezia con 68.700 lire, mentre la minore si rileva nelle 13.300 lire spese a Padova.

Per la farmaceutica convenzionata è la Usl di Adria a presentare i valori più alti (179.300 lire), mentre Thiene ha il primato regionale della spesa più bassa con 131.700 lire pro-capite.

Tav. 3.6.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

Usl	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. Usl	Az. Osp.(a)		
Belluno	57,4		152,4	220,2
Feltre	40,3		146,1	196,8
Bassano del Grappa	45,7		149,5	205,6
Thiene	46,3		131,7	188,4
Arzignano	40,3		171,8	222,5
Vicenza	65,6		158,3	234,3
Pieve di Soligo	35,6		147,4	193,4
Asolo	42,5		133,7	186,6
Treviso	44,0		144,1	198,5
San Dona' di Piave	27,8		158,1	196,3
Venezia	68,7		162,0	241,1
Mestre	47,2	10,4	153,1	210,7
Mirano	43,6		165,2	219,2
Chioggia	46,7		168,9	226,0
Cittadella	46,0		159,0	215,4
Padova	13,3		165,4	189,1
Este	33,3		150,4	194,1
Rovigo	49,6		176,0	236,0
Adria	29,8		179,3	219,5
Verona	18,0		164,5	192,9
Legnago	30,5		162,7	203,6
Bussolengo	33,7		155,5	199,6



dati 1996

- (a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.7. Friuli-Venezia Giulia

3.7.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

Il Friuli ha quasi 1.200.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 6 Aziende Usl.

La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è pari a circa l'80% di quella media nazionale.

Fra le 6 aziende Usl la più piccola è quella dell' Alto Friuli (85.473 abitanti, ovvero meno della metà della media regionale). La più grande è Medio Friuli (sopra i 300.000 abitanti).

L'indice di vecchiaia (185,5%) è superiore alla media nazionale, con notevoli differenze tra le Usl.

Nella Usl Triestina vi sono quasi 2,8 vecchi per ogni bambino (indice pari a 283,1), mentre nella Friuli occidentale l'indice scende a 146,7%.

La natalità (7,3‰) è inferiore alla media nazionale: la Triestina è ovviamente l'area con minore natalità (6,3‰), mentre Friuli occidentale è la più prolifica (8,2 ‰).

L'indice di mortalità (12,5‰) è più alto di quello medio nazionale con punte a Triestina (15,6‰), mentre all'estremo opposto troviamo il Friuli occidentale (10,8‰) con una mortalità comunque superiore alla media nazionale.

3.7.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite del Friuli-Venezia Giulia è pari al 31,4 milioni, superiore a quello nazionale (27,2 milioni); a livello di provincia il dato oscilla in misura minima (da 30,4 milioni di Udine e Gorizia a 33,7 milioni di Trieste).

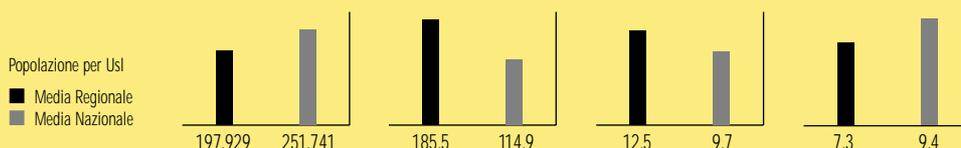
I depositi bancari sono anch'essi superiori alla media nazionale (19,4 milioni contro 17 milioni), con punte a Trieste (23 milioni) e a Gorizia (16,4 milioni).

Quasi la metà della popolazione friulana risulta occupata (45% contro 41,8% nazionali) e la provincia con più occupati è Pordenone (48,1%) cui fa riscontro Gorizia (38%).

Il tasso di disoccupazione regionale (7,1%) è inferiore al nazionale (12,1%). A Udine abbiamo il minor numero di disoccupati (6,4%), mentre il maggiore lo troviamo a Trieste (9,5%). Per gli uomini, Udine presenta il minor tasso di disoccupazione (3,6%), mentre per le donne spiccano Gorizia con un tasso del 10% e Trieste con il 14,3%.

Tav. 3.7.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Triestina	253.713	283,1	15,6	6,3
Isontina	137.923	218,2	12,7	7,0
Alto Friuli	85.473	163,9	13,1	7,3
Medio Friuli	328.922	169,4	11,9	7,5
Bassa friulana	105.331	150,6	11,0	7,0
Friuli occidentale	276.210	146,7	10,8	8,2
Totale	1.187.572			



dati 1996

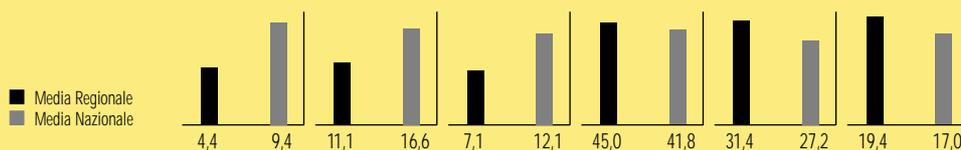
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.7.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ.	REDDITO PRODOTTO	DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Udine	3,6	10,4	6,4	48,0	30,4	19,7
Gorizia	6,1	10,0	7,5	40,5	30,4	16,4
Trieste	5,7	14,3	9,5	38,2	33,7	23,0
Pordenone	4,1	10,2	6,6	48,1	31,5	17,2



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.7.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori superiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (217,8 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti in Friuli Venezia Giulia, contro 188,0 morti in media nel Paese e 84,9 decessi per le donne contro 76,0 medi in Italia). Le morti evitabili, con interventi di prevenzione primaria, fanno registrare valori più alti in ambedue i sessi e cioè: 158,1 per gli uomini, contro 127,4 dell'Italia; 40,6 decessi per le donne contro 31,4 a livello nazionale (sempre ogni 100.000 abitanti). In linea, invece, i valori riferibili alla carenza di diagnosi precoce e terapia sono per i maschi di 2,8 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 28,4 decessi contro 26,5. Risultano inferiori anche gli indici delle morti evitabili riferibili a carenze nelle misure di igiene e assistenza sanitaria: per i maschi 56,9 morti a fronte di una media italiana di 57,6; per le donne 15,9 decessi contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, l'Alto Friuli, con il 337,6 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Friuli occidentale con 188,9 decessi.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva sempre nell'Alto Friuli con 115,8 morti, di contro Bassa Friulana registra il valore più basso con 68,8 decessi.

3.7.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Medio Friuli è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 78,2% del valore medio regionale; mentre l'Isontina è di contro quella con la spesa più alta pari al +20,7% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

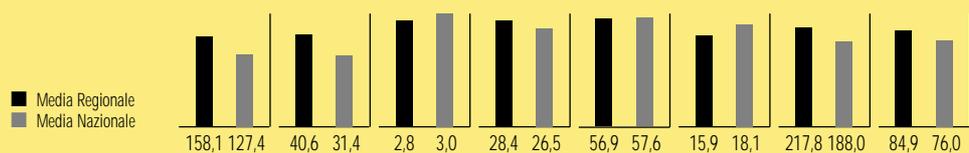
La spesa diretta (personale più beni e servizi) è in media di poco superiore al valore medio regionale, con una punta all'Isontina (+27,3%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto si ha nel Medio Friuli (-26,9%). Per la medicina di base troviamo ai due estremi la Bassa Friulana (+7,4%) e la Triestina (-3,2%).

L'ospedaliera convenzionata è molto difforme ed ha agli estremi la Triestina (+46,9%) e Alto Friuli (-90,8%).

La farmaceutica evidenzia la Bassa Friulana come la Usl con maggiore onere (+7,6%), mentre Alto Friuli è quella con l'onere minore (-15,1%).

Tav. 3.7.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Triestina	139,6	34,1	2,8	30,8	55,4	17,1	197,8
Isontina	131,5	51,4	0,0	27,1	76,0	9,8	207,5	88,3
Alto Friuli	255,8	60,5	12,1	35,5	69,7	19,8	337,6	115,8
Medio Friuli	173,6	35,6	4,0	32,5	56,5	14,2	234,1	82,3
Bassa friulana	151,6	36,9	2,5	18,0	48,2	13,9	202,3	68,8
Friuli occidentale	141,7	42,7	0,0	24,1	47,2	19,1	188,9	85,9



dati 1994

Tav. 3.7.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Triestina	117,3	121,1	96,8	146,9	102,4
Isontina	120,7	127,3	101,7	113,7	96,4
Alto Friuli	98,8	106,1	103,7	9,2	84,9
Medio Friuli	78,2	73,1	97,2	73,5	99,2
Bassa friulana	116,1	123,6	107,4	40,7	107,6
Friuli occidentale	89,3	82,3	101,5	123,1	102,2
Media regionale spesa UsI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsI della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsI

3.7.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera friulana presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 6,1 posti letto per 1.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 5,9. Superiori alla media nazionale i posti letto delle Aziende ospedaliere (2,1 per 1.000 abitanti contro 1,6); in linea con la media quelli degli ospedali delle Usl (3,4 contro 3,2 medi nazionali); inferiori i posti letto degli istituti privati accreditati (0,5 contro 1,1 medi nazionali).

La distribuzione territoriale varia dai quasi 4 posti letto in Medio Friuli ai 9,1 posti letto per 1.000 abitanti della Usl Triestina.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 68,7% (77,6% in media nazionale), l'Alto Friuli utilizza il 62,7% dei posti letto mentre la Triestina ne utilizza il 75,2%.

3.7.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è di poco inferiore alla media nazionale (11,1 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di oltre 1 a 4 con gli infermieri (che sono 50,4 ogni 10.000 abitanti, a fronte dei 38,0 registrati mediamente in Italia).

Il minor numero di medici è quello del Medio Friuli (6,1) con quasi 5 infermieri per medico (29,8).

Di contro all'Isontina si rilevano 19,4 medici per 10.000 abitanti con 74,8 infermieri (in questo caso 4 infermieri per medico).

3.7.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (995,1 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

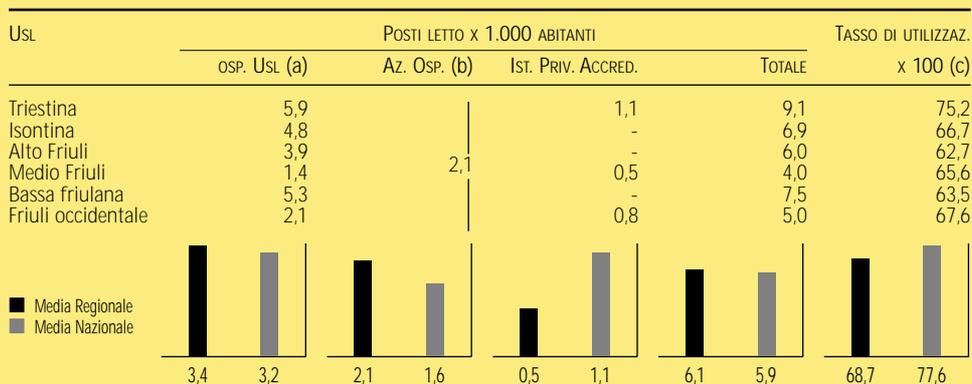
I bambini assistiti per pediatra aumentano 1.401,4 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 970 scelte di Alto Friuli, alle 1.029,9 di Bassa Friulana. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è sempre quello di Bassa Friulana con 4214,3.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando come indicatore quello delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 4,8 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 35.800 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze non sono rilevanti: nella Usl di Alto Friuli si prescrivono in media 4 ricette di importo medio pari a 38.300 lire, mentre in quella di Bassa Friulana e Triestina le ricette sono 5,1 ma di importo medio diverso pari a 32.000 lire per la prima e 41.500 per la seconda.

Tav. 3.7.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

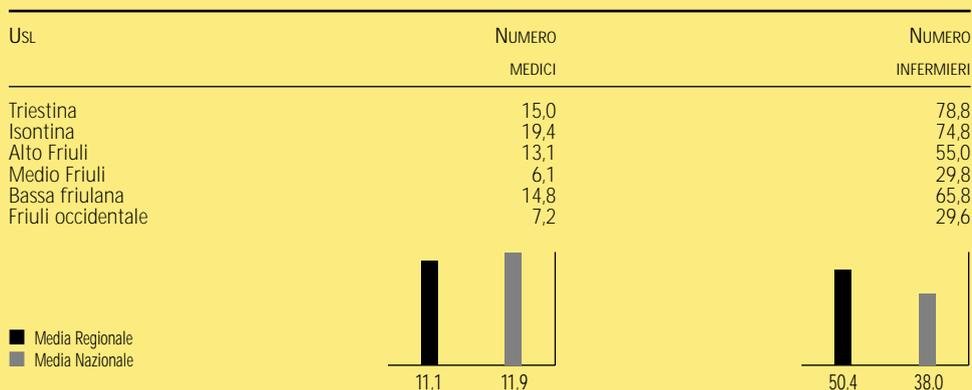
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

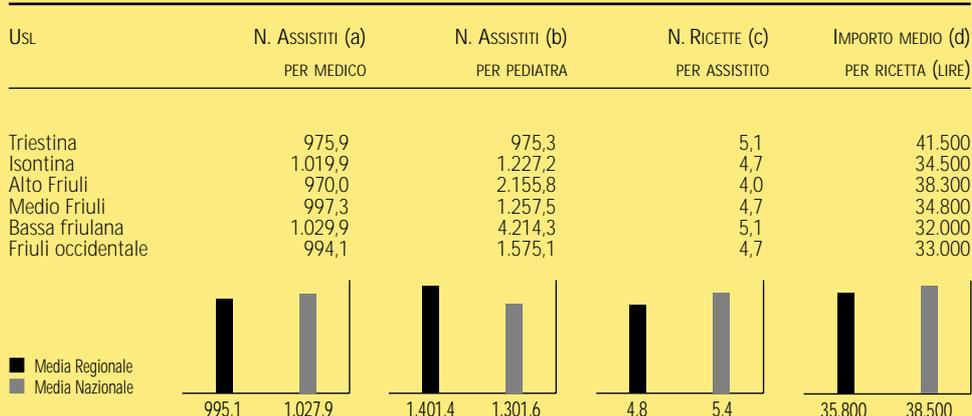
Tav. 3.7.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.7.7. - Medicina di base



dati 1996

(a) Assistiti >14 anni diviso medici

(b) Assistiti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.7.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 338.800 lire, un valore inferiore alla spesa media nazionale pari a 374.100 lire pro-capite. Anche per quanto riguarda i consumi in quantità, il Friuli Venezia Giulia presenta valori inferiori alla media nazionale (24,5 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Trieste è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (364.100 lire pro-capite), che di confezioni (25,8 a testa).

All'opposto Udine con la minore spesa farmaceutica complessiva (319.400 lire), e il minor numero di confezioni (23,4).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore leggermente più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 87.200 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Friuli Venezia Giulia si spende molto meno che in Italia con una spesa media regionale di 27.300 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.7.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

Nel Friuli Venezia Giulia la spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata) ammonta a 184.600 lire, a fronte di una media nazionale di 236.000 lire pro-capite.

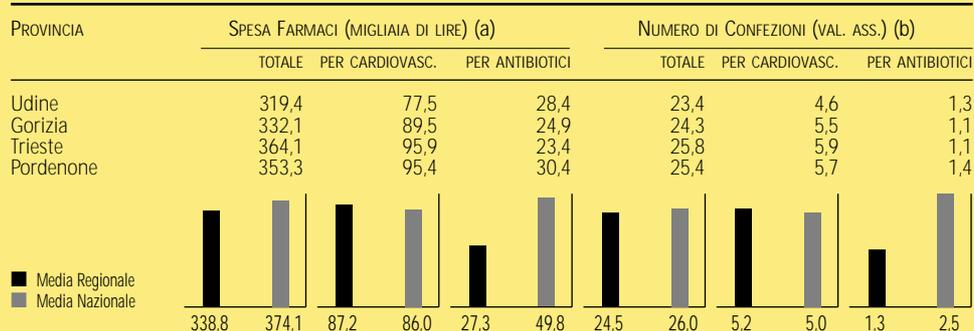
Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (21.300 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, in linea con la media nazionale, (14.200 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata, inferiore alla media nazionale (146.200 contro 195.200 lire).

Complessivamente è la Usl di Triestina (201.400 lire) a far rilevare la spesa più alta, mentre Alto Friuli è all'ultimo posto con 161.600 lire.

Per quanto concerne la spesa delle aziende Usl la maggiore si ha nella Triestina con 35.300 lire, mentre la minore si rileva nelle 11.500 lire spese nel Medio Friuli.

Per la farmaceutica convenzionata si rileva nella Usl Bassa Friulana quella che ha la maggior spesa (159.600 lire) ed in quella Alto Friuli la più "accorta" con 125.900 lire spese pro-capite.

Tav. 3.7.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)



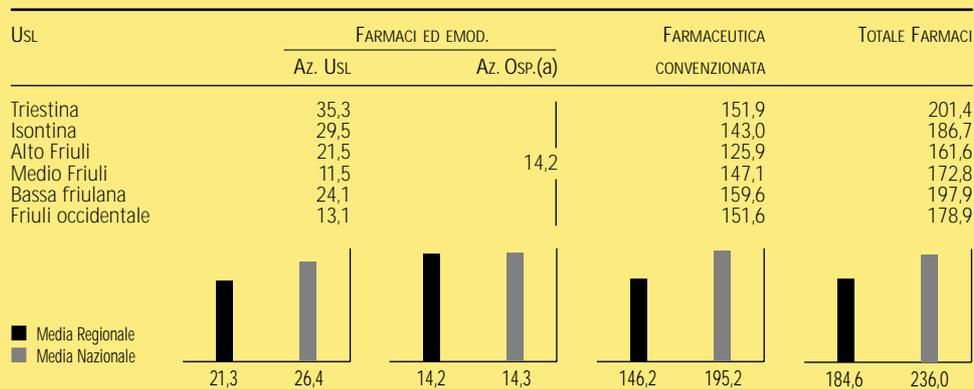
dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.7.8.1 - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna UsL della regione di appartenenza.

Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole UsL indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra UsL appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.8. Liguria

3.8.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Liguria ha quasi 1.700.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 5 Aziende Usl.

La dimensione media di tali aziende, in termini di assistiti, è maggiore del 30% di quella media nazionale.

Fra le 5 aziende Usl la più piccola è la Chiavarese (148.454 abitanti, ovvero il 45% della media regionale). La più grande è la Genovese (785.556 abitanti), seguita dalla Savonese (282.592 abitanti).

L'indice di vecchiaia (228,9%) è nettamente superiore alla media nazionale, con poche differenze tra una Usl ed un'altra.

Nella Usl Chiavarese vi sono quasi 2,5 vecchi per ogni bambino (indice pari a 249,3%), mentre la Usl "più giovane" è quella di Imperiese con un indice (210,1%) comunque al di sopra della media.

La natalità (6,7‰) è inferiore alla media nazionale e tutte le Usl si attestano su valori molto vicini alla media regionale (tra il 6,5‰ ed 7,3‰).

La mortalità (13,3‰) è ovviamente più alta della media ed oscilla all'interno delle Usl tra il 12,7‰ (Imperiese) ed il 14,2 ‰ (Spezzino).

Non vi sono Usl dove il tasso di natalità supera quello di mortalità.

3.8.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite risulta maggiore della media nazionale (30,4 milioni contro il 27,2 milioni); La Spezia ha il valore maggiore pari a 31,7 milioni mentre Imperia quello minore con 26,6 milioni.

I depositi bancari (pari a 18,9 milioni) sono maggiori di quelli nazionali (17 milioni). Depositano di più a Genova (20,4 milioni) e meno a La Spezia (15,4 milioni).

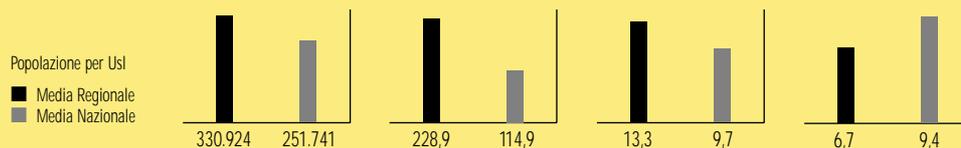
Il 39,4% della popolazione risulta occupata, dato inferiore di un punto e mezzo alla media nazionale (41,8%); troviamo il minor numero di occupati a La Spezia (36%) mentre il maggiore (42,6%) a Savona.

Il tasso di disoccupazione è pari al 11,6% di poco inferiore alla media nazionale (12,1%). Genova ha il maggior numero di disoccupati (13,3%) mentre il minore lo troviamo ad Imperia (7,1%).

Gli uomini disoccupati sono l'8% mentre le donne il 17,2%; entrambi i dati sono inferiori alla media nazionale (9,4% e 16,6%).

Tav. 3.8.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Imperiese	217.029	210,1	12,7	7,3
Savonese	282.592	237,2	13,7	6,5
Genovese	785.556	228,7	13,3	6,7
Chiavarese	148.454	249,3	14,2	6,5
Spezzino	220.989	225,7	13,0	6,7
Totale	1.654.620			



dati 1996

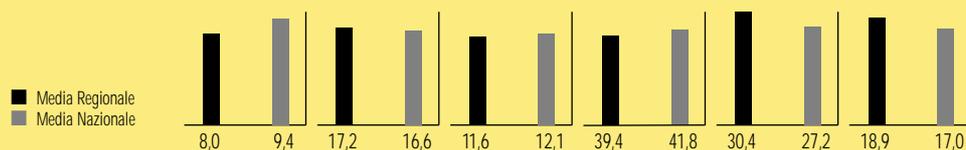
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.8.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Imperia	5,7	9,4	7,1	41,6	26,6	16,7
Savona	6,9	11,1	8,5	42,6	28,9	18,2
Genova	9,0	19,9	13,3	38,7	31,4	20,4
La Spezia	7,8	21,2	13,1	36,0	31,7	15,4



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.8.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori inferiori alla media nazionale per i maschi (167,6 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 decessi in media nel Paese) e leggermente superiori per le donne (81,3 morti contro 76,0 medi in Italia. Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria sono 110,4 per gli uomini, contro 127,4 dell'Italia (sempre ogni 100.000 abitanti). Nelle donne i valori di questa casistica sono invece superiori, anche se di poco, alla media nazionale, con 33,8 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili alle carenze di interventi di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 3,5 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 29,5 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e all'assistenza sanitaria i valori della Liguria sono inferiori per i maschi con 53,7 morti a fronte di una media italiana di 57,6, mentre per le donne i valori sono sostanzialmente in linea con 18,0 decessi contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, l'Imperiese, con 192,3 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra nella Usl Spezzino con 156,5 decessi. Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Chiavarese con 97,5 morti, di contro la Usl Genovese registra il valore più basso con 76,3 morti.

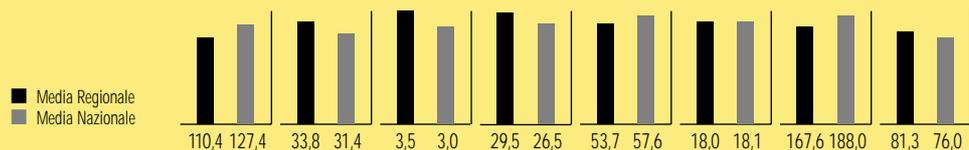
3.8.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

La Chiavarese è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 90,1% del valore medio regionale; la Spezzino è di contro quella con la spesa più alta pari a +10,3% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa. La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta nella Spezzino (+23,4%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto si trova alla Genovese (-17,8%). Per la medicina di base troviamo poche differenze: ai due estremi sono la Savonese (+4,8%) e Chiavarese (-2,8%). Di contro l'ospedaliera convenzionata è molto difforme: ha agli estremi la Genovese (+99,1%) e la Spezzino (-95,3%).

La farmaceutica evidenzia Spezzino come la Usl con maggiore onere (+20,2%), mentre l'Imperiese è quella con l'onere minore (-10,9%).

Tav. 3.8.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

Usl	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Imperia	129,4	37,1	4,6	21,8	58,3	22,2	192,3
Savonese	121,1	40,7	4,4	22,6	53,2	16,0	178,7	79,3
Genovese	102,0	30,2	3,6	28,9	52,9	17,2	158,5	76,3
Chiavarese	105,8	40,2	3,1	43,6	67,5	13,7	176,4	97,5
Spezzino	112,6	30,4	1,2	39,1	42,7	22,2	156,5	91,7



dati 1994

Tav. 3.8.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

Usl	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Imperia	101,9	121,3	98,7	5,7	89,1
Savonese	103,7	113,7	104,8	23,9	93,3
Genovese	97,1	82,2	98,2	199,1	101,2
Chiavarese	90,1	101,5	97,2	11,0	92,5
Spezzino	110,3	123,4	103,4	4,7	120,2
Media regionale spesa Usl	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle Usl della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola Usl

3.8.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera ligure presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 6,8 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. La distribuzione all'interno della rete privilegia i posti letto degli ospedali delle Usl (3,9 contro 3,2 posti letto per 1.000 medi nazionali) e delle aziende ospedaliere (2,6 posti letto per 1.000 abitanti contro 1,6 nazionali), mentre gli istituti privati accreditati dispongono di appena 0,3 posti letto per 1.000 abitanti contro 1,1 medi nazionali.

La distribuzione per Usl è molto simile, variando dai 6 posti letto della Chiavarese ai 7,6 posti letto per 1.000 abitanti della Imperiese.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 79,6% (77,6% in media nazionale), notiamo che in tutte le Usl è presente un utilizzo di pari livello (oscilla infatti dal 77,8% all'81,3%).

3.8.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

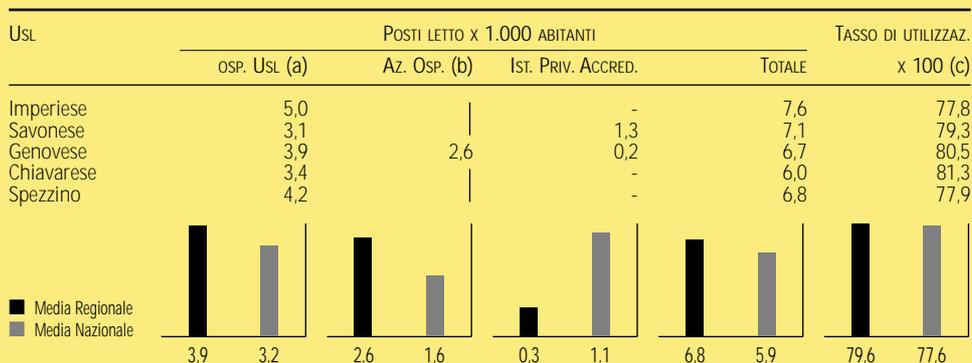
La disponibilità di medici è di poco inferiore alla media nazionale (11,4 contro 11,2 per 10.000 abitanti), con un rapporto di circa 1 a 4 con gli infermieri (43,3 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 in Italia). Il minor numero di medici è quello della Genovese (7,7) compensato da quasi 4 infermieri per medico (29,6). Di contro a Imperia troviamo 16,4 medici per 10.000 abitanti con 61,6 infermieri (anche in questo caso quasi 4 per medico).

3.8.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è inferiore alla media nazionale (990,1 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale). Analogamente i bambini assistiti per pediatra calano a 896,7, a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 959,7 scelte di Spezzino, alle 1.148,9 della Chiavarese. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello della Imperiese pari a 1.314,1. Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 5,9 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 42.900 lire superiore alla media nazionale pari a 38.500 lire. A livello di singola Usl le differenze non sono rilevanti: nella Usl Imperiese si prescrivono in media 5,2 ricette di importo medio pari a 34.600 lire, mentre in quella di Spezzino le ricette sono 6,3 di importo pari a 43.500 lire.

Tav. 3.8.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

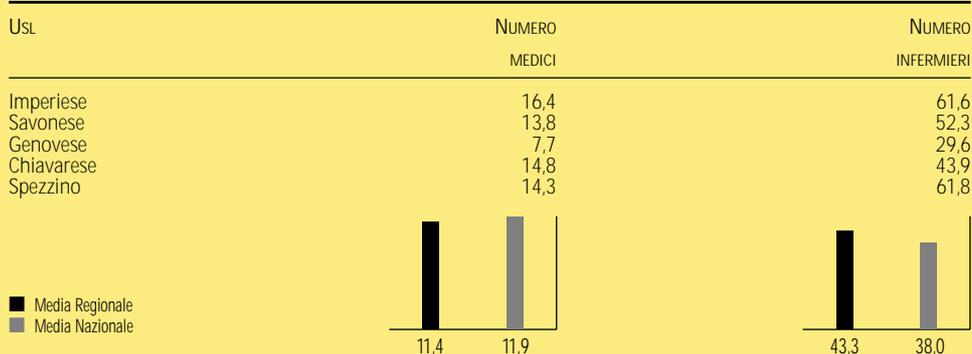
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

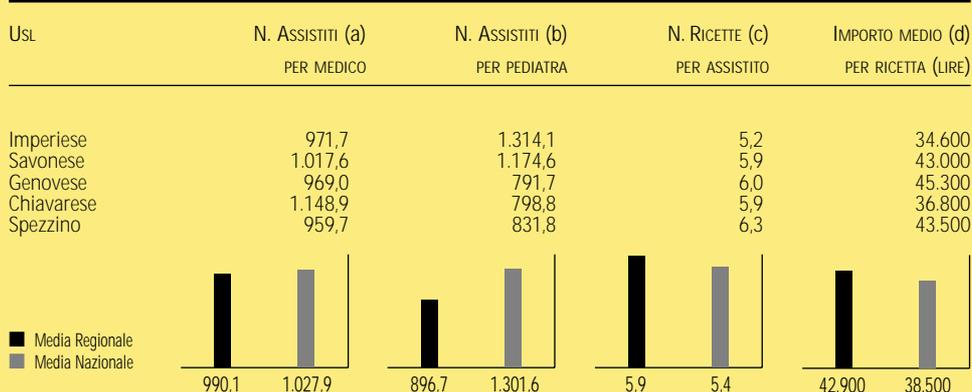
Tav. 3.8.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.8.7. - Medicina di base



dati 1996

(a) Assistenti >14 anni diviso medici

(b) Assistenti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.8.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 402.900 lire, a fronte delle 374.100 lire pro-capite. Per quanto riguarda i consumi in quantità, la Liguria presenta valori di poco superiori alla media nazionale (28 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Savona è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (409.800 lire pro-capite), che di confezioni (29,6 a testa).

La Spezia fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (389.900 lire), e il minor numero di confezioni (25,6).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 93.800 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, si spende meno che in Italia con una spesa media regionale di 42.300 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.8.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn ammonta a 247.600 lire (sempre in base alla popolazione pesata), contro le 236.000 lire pro-capite nazionali.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (21.700 lire contro 26.400), di quella delle Aziende ospedaliere, superiore di contro alla media nazionale (26.000 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (superiore anch'essa, ma di poco, alla media nazionale (199.800 contro 195.200 lire).

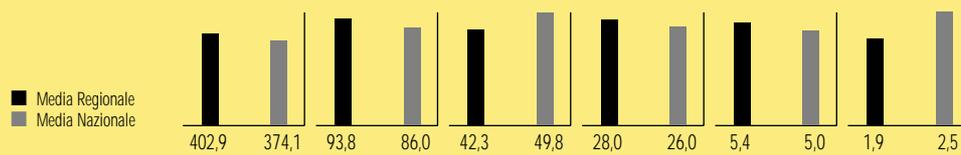
Complessivamente è la Spezzino (295.400 lire) quella che spende di più, mentre la Chiavarese fa rilevare la spesa più bassa (ma sempre più elevata della media nazionale) con 240.500 lire.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha nella Savonese con 34.000 lire, mentre la minore si rileva nelle 12.300 lire spese nella Genovese.

Nella farmaceutica convenzionata spende di più la Usl Spezzino (240.100 lire), mentre Imperiese è all'ultimo posto (178.000 lire spese pro-capite).

Tav. 3.8.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Imperia	390,3	86,7	39,6	27,6	5,1	1,8
Savona	409,8	94,7	43,3	29,6	5,6	2,0
Genova	406,8	95,7	42,8	28,2	5,5	1,9
La Spezia	389,9	91,7	41,3	25,6	5,3	2,0



dati 1996

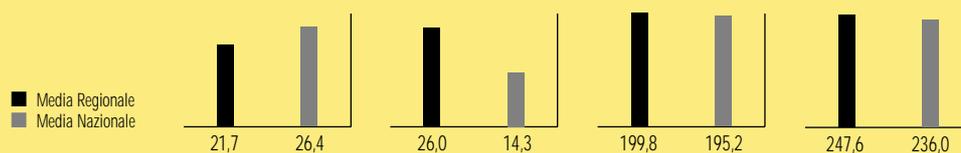
Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.8.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

USL	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. USL	Az. Osp.(a)		
Imperiese	32,9		178,0	236,9
Savonese	34,0		186,5	246,5
Genovese	12,3	26,0	202,2	240,5
Chiavarese	20,5		184,9	231,4
Spezzino	29,3		240,1	295,4



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza.

Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.9. Emilia-Romagna

3.9.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

L'Emilia-Romagna ha quasi 4.000.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 13 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di assistiti, è maggiore di circa il 20% rispetto alla media nazionale.

Fra le 13 aziende Usl la più piccola è quella di Imola, (103.135 abitanti, ovvero il 34% della media regionale). La più grande è Modena (oltre 600.000 persone), seguita da Reggio Emilia con circa 430.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (197,7%) è superiore alla media nazionale e presenta notevoli differenze tra le Usl.

A Bologna vi sono più di 3 vecchi per ogni bambino (indice pari a 324,5%), mentre Rimini (137,0%) si situa all'estremo opposto.

La natalità (7,4‰) è inferiore alla media nazionale. Ferrara è l'area con minore natalità (5,6‰), mentre Reggio è la più prolifica (8,5‰, comunque inferiore alla media nazionale).

La mortalità (11,5‰) supera i valori medi nazionali. Si distingue ovviamente Bologna (13,4‰) che supera di poco Piacenza (13,1‰), mentre all'estremo opposto troviamo Rimini (9,1‰) con una mortalità inferiore alla media nazionale.

Non ci sono Usl dove la natalità supera la mortalità.

3.9.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite, pari a 36 milioni è maggiore di quello nazionale. La provincia più ricca è Bologna (42,6 milioni) mentre la più "povera" è Ferrara con 28,3 milioni.

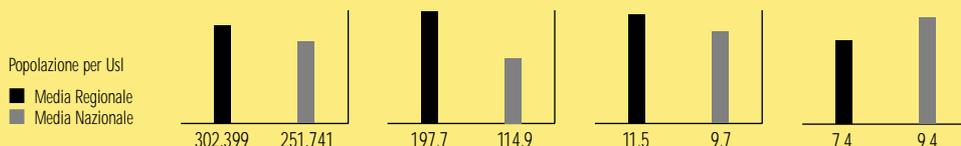
I depositi bancari sono in media pari a 22,8 milioni, superiori alla media nazionale di 17 milioni; a Bologna ci sono i maggiori depositi (27,5 milioni), mentre a Ferrara questi sono solo 13,6 milioni.

Quasi metà della popolazione risulta occupata (48,8%), più del 42,8% della media nazionale. Modena ha il valore più alto (53,6%) e Ferrara il più basso (45,3%), comunque superiore alla media nazionale.

La disoccupazione (5,6%), risulta inferiore alla media nazionale (12,1%), con valori pari a 2,6% a Reggio contro l'11,2% di Ferrara. La disoccupazione degli uomini (3,3%) e delle donne (8,8%) risulta inferiore alla media nazionale.

Tav. 3.9.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Piacenza	266.321	221,1	13,1	7,0
Parma	392.784	221,7	12,8	7,1
Reggio nell'Emilia	432.238	177,7	10,9	8,5
Modena	611.720	169,1	10,6	8,2
Bologna sud	233.137	181,1	10,6	7,6
Imola	103.135	190,8	10,7	7,9
Bologna nord	185.149	189,6	11,4	7,8
Bologna	385.814	324,5	13,4	6,5
Ferrara	354.565	226,1	12,7	5,6
Ravenna	349.950	216,6	11,7	6,8
Forlì	170.752	197,6	11,4	7,0
Cesena	179.894	140,3	9,4	8,2
Rimini	265.734	137,0	9,1	8,4
Totale	3.931.193			



dati 1996

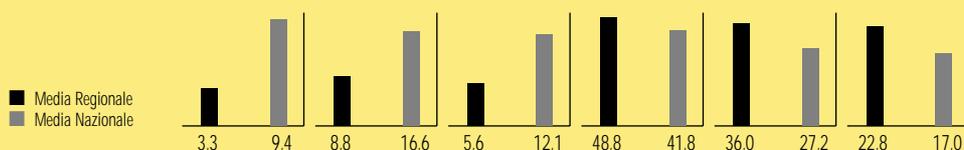
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.9.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Piacenza	4,2	9,1	6,0	46,4	32,0	26,3
Parma	2,0	10,3	5,6	48,7	36,8	23,6
Reggio nell'Emilia	1,8	3,8	2,6	50,1	36,3	21,4
Modena	1,8	6,1	3,7	53,6	39,7	23,8
Bologna	3,1	7,3	4,9	48,0	42,6	27,5
Ferrara	6,5	17,6	11,2	45,3	28,3	13,6
Ravenna	3,4	10,1	6,4	48,0	32,3	21,2
Forlì	4,3	8,8	6,3	49,2	31,2	21,1
Rimini	5,6	12,2	8,3	46,8	28,5	18,3



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.9.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori sostanzialmente in linea alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (180,8 morti negli uomini per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese; 79,1 morti contro 76,0 medi in Italia, per le donne). Le morti, quelle evitabili con interventi di prevenzione primaria sono, negli uomini, 123,4 contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre rapportati a 100.000 abitanti) sono invece di 36,2 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili alla carenza di interventi di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi 2,4 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, 26,4 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria i valori sono inferiori a quelli medi nazionali sia per gli uomini che per le donne. Rispettivamente, si rilevano 55,0 morti, a fronte di una media italiana di 57,6, e 16,5 decessi contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Ferrara, con 232,8 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Imola con 147,1 decessi.

A Imola è invece più alta la mortalità per le donne con 98,8 decessi, mentre la più bassa si registra a Forlì con 63,6 morti.

3.9.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

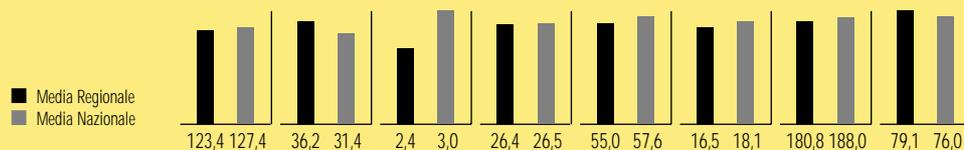
Bologna nord è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 87,4% del valore medio regionale; Imola è di contro quella con la spesa più alta pari a +21,9% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Imola (+54,2%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Parma (-29,9%). Per la medicina di base troviamo ai due estremi Forlì (+9,7%) e Reggio nell'Emilia (-5,3%). L'ospedaliera convenzionata ha agli estremi Bologna (+62,8%) e Forlì (-67,1%).

La farmaceutica evidenzia Piacenza come la Usl con maggiore onere (+7,6%), mentre Reggio nell'Emilia è quella con l'onere minore (-16,1%).

Tav. 3.9.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Piacenza	135,9	38,5	1,6	34,2	56,7	19,3	194,2
Parma	117,2	36,3	4,4	28,1	62,2	16,5	183,8	80,9
Reggio nell'Emilia	117,8	37,1	1,1	19,7	42,9	16,2	161,8	73,0
Modena	122,5	38,0	2,4	23,3	59,7	9,2	184,6	70,5
Bologna sud	135,5	38,6	0,0	34,5	71,0	17,7	206,5	90,8
Imola	103,8	36,7	2,3	35,0	41,0	27,1	147,1	98,8
Bologna nord	122,0	41,8	2,5	23,5	44,6	17,0	169,1	82,3
Bologna	108,7	31,8	3,6	31,6	54,7	22,7	167,0	86,1
Ferrara	166,6	46,1	0,6	26,8	65,6	20,1	232,8	93,0
Ravenna	111,2	29,0	2,8	26,2	47,7	16,2	161,7	71,4
Forlì	131,6	29,2	4,3	19,6	37,3	14,8	173,2	63,6
Cesena	106,8	38,6	4,1	23,9	51,0	9,4	161,9	71,9
Rimini	110,4	27,0	1,8	21,0	58,2	16,3	170,4	64,3



dati 1994

Tav. 3.9.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Piacenza	97,8	113,7	105,9	51,6	107,6
Parma	91,0	70,1	99,4	126,0	104,3
Reggio nell'Emilia	88,1	88,3	94,7	91,9	83,9
Modena	92,3	89,7	95,3	103,6	99,2
Bologna sud	89,7	71,1	98,4	132,9	93,7
Imola	121,9	154,2	104,0	48,9	94,0
Bologna nord	87,4	91,4	95,6	75,0	96,5
Bologna	121,7	111,7	95,7	162,8	101,8
Ferrara	98,5	85,4	101,4	137,5	102,1
Ravenna	113,9	129,6	108,6	75,1	104,4
Forlì	99,6	121,2	109,7	32,9	103,9
Cesena	111,1	127,8	108,4	79,2	105,7
Rimini	102,1	113,7	98,4	52,1	106,1
Media regionale spesa UsL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

3.9.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera dell'Emilia-Romagna presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 5,9 posti letto per 1.000 abitanti pari alla media nazionale. La distribuzione dei posti letto tra ospedali delle Usl (3,1), Aziende ospedaliere (1,7) e agli Istituti privati accreditati (1,1) è in linea con le rispettive medie nazionali (3,2; 1,6 e 1,1 posti letto per 1.000 abitanti).

La dotazione territoriale varia dai 4 posti letto di Bologna nord ai quasi 8 posti letto per 1.000 abitanti di Imola e Rimini.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 78,9% (77,6% in media nazionale), Forlì utilizza il 72,6% dei posti letto mentre Bologna nord ne utilizza l'84,7%.

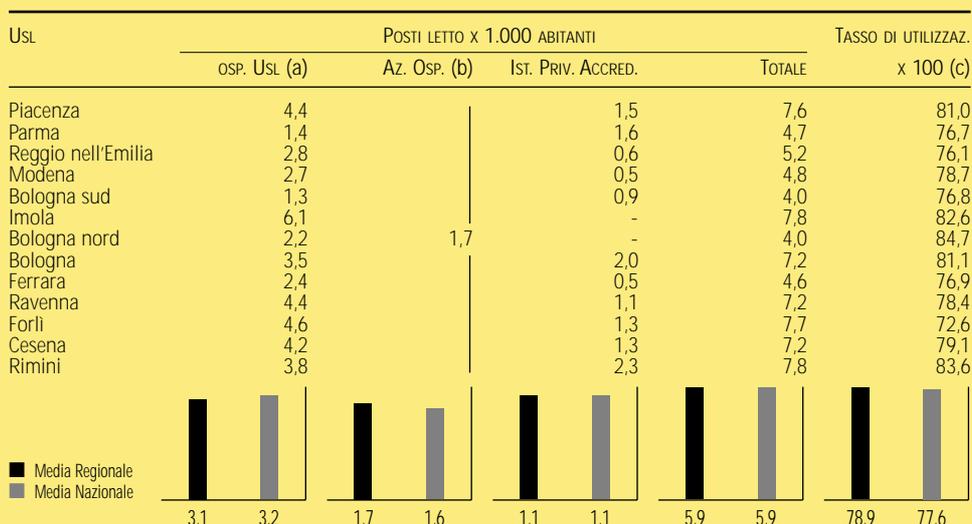
3.9.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (13,2 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di circa 1 a 4 con gli infermieri (che sono 47,3 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 in Italia).

Il minor numero di medici è quello di Bologna sud (6,6) con 3 infermieri per medico (20,7).

Di contro a Imola abbiamo 21,9 medici per 10.000 abitanti con 91,8 infermieri (in questo caso più di 4 infermieri per medico).

Tav. 3.9.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

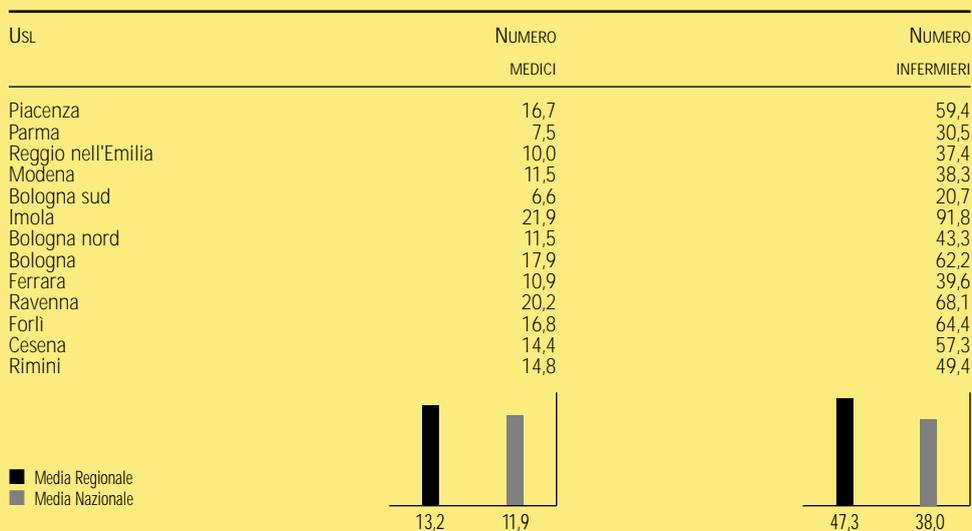
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.9.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.9.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è maggiore della media nazionale (1.060,4 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra, invece, sono 962,7 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 1.015 scelte di Piacenza, alle 1.170,8 di Bologna Nord. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra si rileva a Forlì (1.126,6).

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni medie per assistito, si rilevano in media 5,9 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 34.300 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl Bologna Sud prescrive 5,4 ricette mentre la più alta è Parma con 6,4 ricette. L'importo medio che oscilla tra le 38.400 lire di Piacenza e le 28.500 lire di Bologna sud.

3.9.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 355.600 lire, a fronte delle 374.100 lire pro-capite nazionali. Per quanto riguarda i consumi in quantità, l'Emilia Romagna presenta valori in linea con la media nazionale (26,2 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

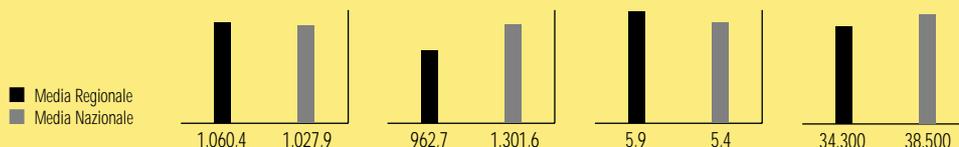
La provincia di Piacenza è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (430.400 lire pro-capite), che di confezioni (30,4 a testa).

Reggio Emilia fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (297.800 lire), sempre Reggio Emilia il minor numero di confezioni (23,7).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 90.800 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Emilia Romagna si spende meno che in Italia con una spesa media regionale di 35.500 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.9.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Piacenza	1.015,0	1.069,4	5,6	38.400
Parma	1.068,2	898,8	6,4	31.500
Reggio nell'Emilia	1.081,7	953,3	5,7	32.200
Modena	1.046,9	928,5	6,3	38.000
Bologna sud	1.116,6	901,5	5,4	28.500
Imola	1.053,1	886,0	5,6	31.400
Bologna nord	1.170,8	955,2	5,5	33.000
Bologna	1.080,9	794,7	6,1	34.800
Ferrara	1.052,5	988,6	6,2	35.600
Ravenna	1.033,5	993,3	5,9	35.800
Forlì	1.038,4	1.126,6	5,9	34.300
Cesena	1.037,6	1.105,5	5,6	33.400
Rimini	1.027,6	1.113,7	5,6	32.900

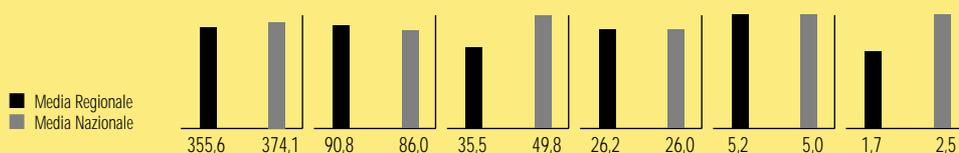


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.9.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Piacenza	430,4	105,6	45,1	30,4	6,1	2,1
Parma	369,7	101,7	36,8	26,9	5,9	1,7
Reggio nell'Emilia	297,8	78,1	26,8	23,7	4,6	1,3
Modena	348,3	86,9	39,6	25,6	5,0	1,9
Bologna	356,4	89,6	31,0	26,6	5,2	1,5
Ferrara	346,5	95,8	30,8	25,0	5,5	1,4
Ravenna	386,1	96,8	40,7	28,6	5,5	2,0
Forlì	339,1	85,5	35,9	24,5	4,8	1,7
Rimini	355,0	82,6	43,5	25,9	4,8	2,1



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
 (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.9.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn ammonta a 223.400 lire, 13.000 lire in più della quota pro-capite nazionale.

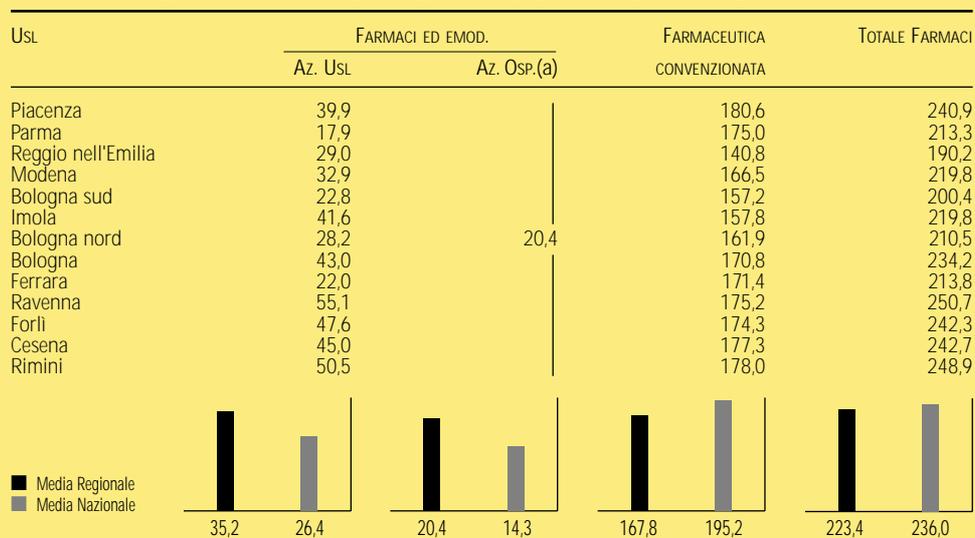
Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (35.200 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende Ospedaliere, superiore anch'essa alla media nazionale (20.400 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla farmaceutica convenzionata, inferiore invece alla media nazionale (167.800 contro 195.200 lire).

E' Ravenna (250.700 lire) la Usl con la maggiore spesa farmaceutica pubblica, cui fa riscontro Reggio nell'Emilia con 190.200 lire pro-capite.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle aziende Usl la maggiore si ha sempre a Ravenna con 55.100 lire, mentre la minore si rileva a Parma (17.900 lire spese).

Per la farmaceutica convenzionata è la Usl di Piacenza quella con la maggior spesa (180.600 lire) mentre è sempre Reggio la più "parsimoniosa" con 140.800 lire spese pro-capite.

Tav. 3.9.8.1 - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

- (a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.10. Toscana

3.10.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Toscana ha quasi 3.600.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 12 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è più alta di quella media nazionale.

Fra le 12 aziende Usl la più piccola è quella di Versilia (158.619 abitanti, ovvero poco più della metà della media regionale). La più grande è Firenze (798.000 abitanti), seguita con grosso scarto da Livorno (345.000 abitanti). L'indice di vecchiaia (183,4%) è nettamente superiore alla media nazionale con differenze non significative tra una Usl ed un'altra.

Spiccano comunque Siena, dove risiedono oltre 2 vecchi per ogni bambino (indice pari a 228,9%) e Prato (129,7%).

La natalità (7,3‰) è inferiore alla media nazionale. Grosseto è l'area con minore natalità (6,6‰), mentre Prato è la più prolifica (8,2 ‰, comunque inferiore alla media nazionale).

Per quanto riguarda la mortalità si distingue Siena (12,9‰), che supera Lucca (12,5‰), mentre all'estremo opposto si rileva Prato (8,9‰) con una mortalità inferiore alla media nazionale.

Non ci sono Usl dove la natalità supera la mortalità.

3.10.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite della Toscana risulta maggiore di quello nazionale (31,4 milioni contro 27,2 milioni); la provincia più "ricca" è Firenze, con un prodotto pro-capite medio di 37,1 milioni, mentre le "meno ricche", sono Massa/Carrara e Grosseto che si attestano su 24,4 milioni la prima e 24,3 milioni la seconda. I depositi bancari, mediamente superiori a quelli italiani (20,2 milioni contro i 17 milioni), vedono in Firenze (23,5 milioni) e Prato (23,4 milioni) le province con più depositi mentre al lato opposto si situa Livorno con 13,9 milioni.

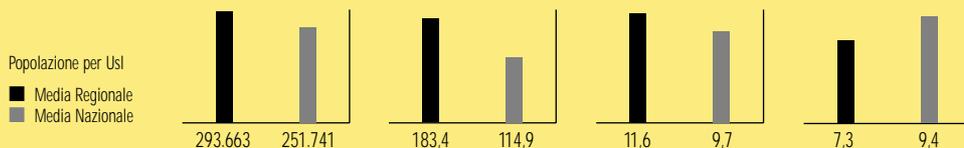
Il 44,2% degli abitanti risulta occupato; Prato è la provincia con il tasso più alto (50,5% della popolazione), mentre Massa/Carrara è quella con meno occupati (37,1%).

La disoccupazione (8,4%, contro il 12,1% nazionale), presenta i suoi valori più significativi a Massa/Carrara (14,5%), mentre Arezzo registra il valore più basso (5,2%).

Per gli uomini la disoccupazione è al 5,4%, ben sotto la media nazionale, ed Arezzo si conferma la provincia con il dato più basso (2,6%) mentre Massa quella con la percentuale più alta (10,4%). Per le donne (12,7% contro 16,6% nazionale) è Massa/Carrara la città con maggiore disoccupazione femminile (21,4%) e Arezzo con la minore (8,9%).

Tav. 3.10.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Massa Carrara	201.067	170,0	12,3	7,0
Lucca	217.016	188,1	12,5	7,5
Pistoia	266.405	175,5	11,4	7,4
Prato	222.199	129,7	8,9	8,2
Pisa	317.487	177,4	11,5	7,1
Livorno	345.362	189,2	11,4	6,8
Siena	251.500	228,9	12,9	7,3
Arezzo	317.280	176,1	11,6	7,6
Grosseto	216.566	199,3	12,1	6,6
Firenze	798.303	202,2	11,6	7,2
Empoli	212.153	167,9	11,1	8,0
Versilia	158.619	160,2	12,0	8,0
Totale	3.523.957			



dati 1996

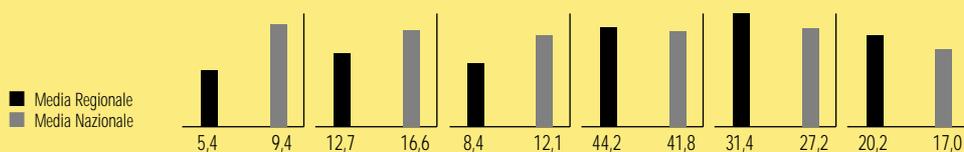
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.10.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Massa-Carrara	10,4	21,4	14,5	37,1	24,4	14,2
Lucca	5,1	12,1	7,7	44,2	29,4	18,3
Pistoia	4,6	10,9	7,2	44,0	30,3	19,7
Firenze	5,6	11,3	8,1	45,0	37,1	23,5
Livorno	7,3	20,3	12,8	41,8	26,6	13,9
Pisa	5,1	12,1	7,9	45,3	30,6	19,9
Arezzo	2,6	8,9	5,2	46,9	30,3	22,0
Siena	3,2	9,3	5,7	45,5	30,7	22,1
Grosseto	6,0	15,6	9,8	38,3	24,3	16,7
Prato	4,8	11,6	7,6	50,5	35,4	23,4



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.10.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori inferiori alla media nazionale sia per i maschi che per le femmine (169,8 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese e 67,8 morti per le donne contro 76,0 medi in Italia). Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria, sono negli uomini 118,7 contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre rapportati a 100.000 abitanti) sono invece di 28,2 morti contro 31,4 a livello nazionale. I fattori riferibili a carenze negli interventi di diagnosi precoce e terapia fanno eccezione rispetto alle altre cause di morte evitabile, facendo registrare, sia per gli uomini che per le donne, tassi leggermente superiori alla media nazionale. In particolare si rilevano 3,6 morti per i maschi, contro 3,0 a livello nazionale e 24,6 decessi contro 26,5, per le donne. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria i valori tornano ad essere inferiori, con 47,5 morti per i maschi a fronte di una media italiana di 57,6; e 15 decessi per le donne contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Versilia, con 219,1 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Prato con 120,4 (da sottolineare che Prato è in assoluto la Usl con il minor indice di mortalità evitabile in Italia).

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Grosseto con 82,3 decessi, di contro Empoli registra il valore più basso con 49,1 morti.

3.10.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Siena è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 92,7% del valore medio regionale; Massa/Carrara è di contro quella con la spesa più alta pari a +9,5% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Massa/Carrara (+16,1%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Grosseto (-7,3%).

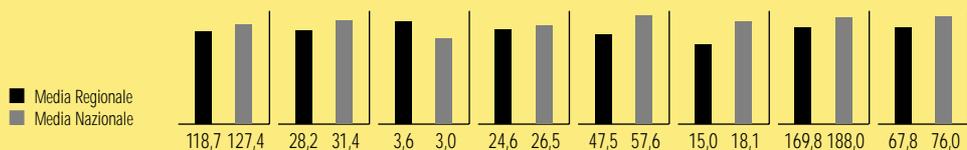
Per la medicina di base il valore medio regionale troviamo ai due estremi Grosseto (+12,1%) e Prato (-5,8%).

L'ospedaliera convenzionata è molto variabile: agli estremi troviamo Firenze (+144,7%) e Massa/Carrara (-79,0%).

La farmaceutica evidenzia Massa/Carrara come la Usl con maggiore onere (+12,9%), mentre Siena è quella con l'onere minore (-9,4%).

Tav. 3.10.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Massa Carrara	151,8	26,5	1,2	24,0	51,2	18,8	204,2
Lucca	123,9	39,7	2,6	21,9	51,6	10,9	178,1	72,5
Pistoia	125,8	23,4	4,7	34,4	49,5	14,3	180,0	72,1
Prato	78,1	28,1	1,2	18,7	41,1	17,6	120,4	64,4
Pisa	116,2	41,0	3,8	20,8	50,3	15,8	170,3	77,6
Livorno	115,7	21,6	5,6	28,4	53,0	18,0	174,3	68,0
Siena	123,2	27,9	1,0	26,0	52,6	11,5	176,8	65,4
Arezzo	117,5	23,8	3,2	20,5	46,3	8,9	167,0	53,2
Grosseto	135,8	37,6	4,3	28,9	55,1	15,8	195,2	82,3
Firenze	110,8	26,4	4,9	23,3	38,8	18,8	154,5	68,5
Empoli	110,3	16,6	2,5	23,7	42,3	8,8	155,1	49,1
Versilia	154,8	35,8	3,2	27,4	61,1	13,9	219,1	77,1



dati 1994

Tav. 3.10.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Massa Carrara	109,5	116,1	95,6	21,0	112,9
Lucca	105,3	113,4	101,9	62,2	104,4
Pistoia	97,3	99,1	97,9	56,0	97,3
Prato	97,5	97,5	94,2	93,6	94,2
Pisa	94,4	94,3	105,1	46,1	103,2
Livorno	99,2	106,0	97,7	36,9	108,7
Siena	92,7	94,1	107,0	34,2	90,6
Arezzo	98,8	102,0	102,5	60,8	100,7
Grosseto	97,8	92,6	112,1	44,3	96,7
Firenze	105,7	97,3	96,5	244,7	95,3
Empoli	93,3	97,7	98,3	46,4	96,8
Versilia	99,6	97,2	97,2	192,5	111,5
Media regionale spesa UsL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

3.10.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera toscana presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 5,6 posti letto per 1.000 abitanti in linea, quindi, con la media nazionale di 5,9. La quota afferente agli ospedali delle Usl è di 3,4 posti letto per 1.000 abitanti contro i 3,2 medi nazionali; le Aziende ospedaliere hanno 1,4 posti letto contro l'1,6 della media nazionale; mentre si rileva un maggior distacco (in basso) nei valori degli Istituti privati (0,7 letti, contro l'1,1 per 1.000 medio nazionale).

La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando dai 4,1 posti letto di Pisa ai 6,8 posti letto per 1.000 abitanti di Massa/Carrara.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 76,2% (77,6% in media nazionale), la Usl della Versilia utilizza il 70,3% dei posti letto mentre Grosseto ne utilizza il 84,6%.

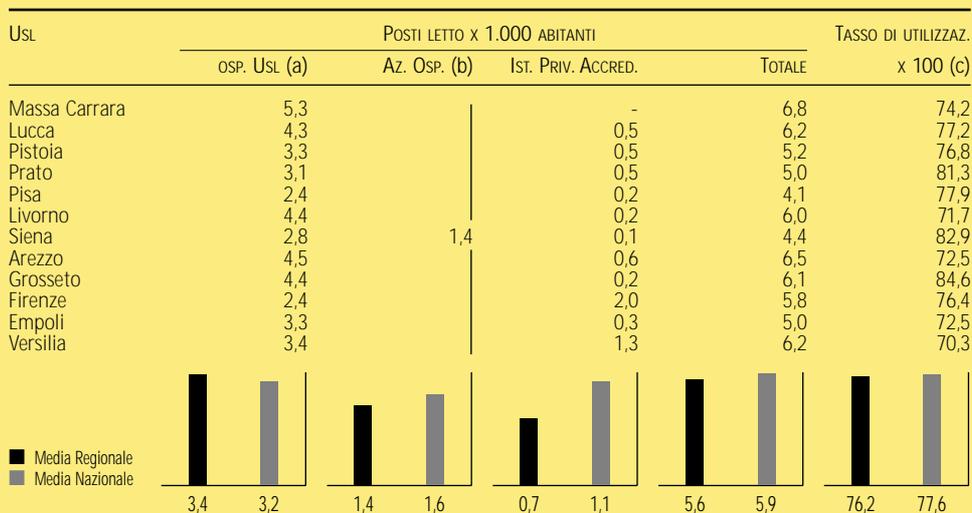
3.10.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (13,5 contro 11,9 per 10.000 abitanti, con un rapporto di oltre 1 a 3 con gli infermieri (che sono 51,3 ogni 10.000 abitanti a fronte dei 38,0 in Italia).

Il minor numero di medici sui rileva a Pisa (7,9) compensato da oltre 4 infermieri per medico (33,7).

Di contro a Massa/Carrara abbiamo 18,6 medici per 10.000 abitanti con 68,8 infermieri (in questo caso poco più di 3,6 per medico).

Tav. 3.10.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

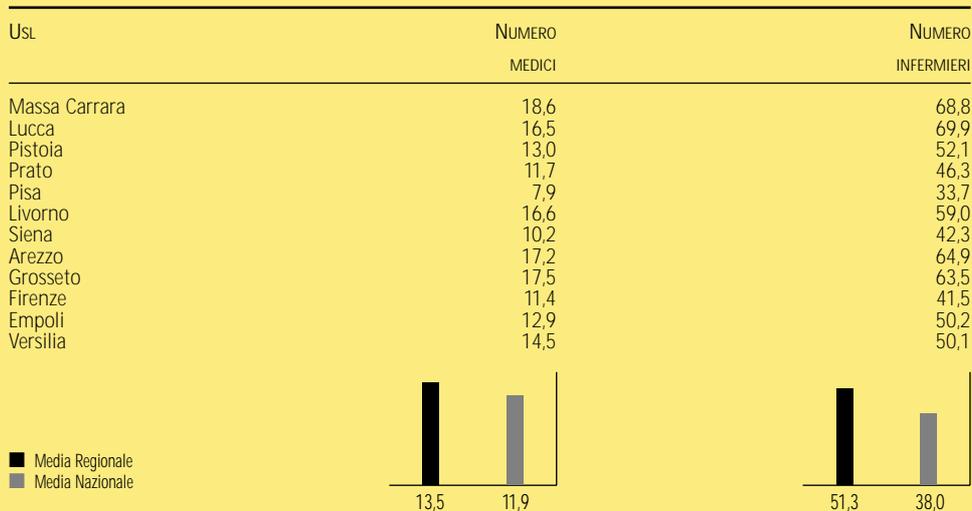
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.10.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.10.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (1.039,6 della regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra sono, invece, 1.091,6 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è media per quanto concerne il medico di base, passando dalle 963 scelte di Lucca, alle 1.374,9 di Livorno. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra si riscontra a Grosseto (1.493,8).

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 6 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 35.200 lire, di poco inferiore alla media nazionale di 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Prato si prescrivono in media 5,2 ricette di importo medio pari a 34.300 lire, mentre in quella di Lucca le ricette sono 6,7 di importo pari a 32.000 lire.

3.10.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 371.700 lire, in linea con le 374.100 lire pro-capite spese a livello medio nazionale. In linea anche i consumi in termini di quantità (26,4 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

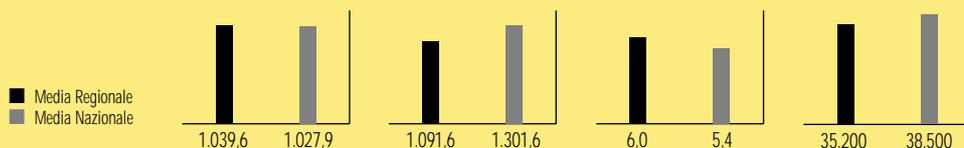
La provincia di Livorno è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (440.600 lire pro-capite), che di confezioni (30,1 a testa).

Firenze fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (338.000 lire), mentre Prato il minor numero di confezioni (23,9).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 83.500 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Lo stesso vale per gli antibiotici, con una spesa media regionale di 43.800 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.10.7. - Medicina di base

Usl	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Massa Carrara	1.019,2	1.124,9	6,0	41.400
Lucca	963,0	1.268,7	6,7	32.000
Pistoia	1.012,8	1.122,8	6,2	34.400
Prato	987,9	1.019,5	5,2	34.300
Pisa	966,4	908,3	6,2	33.500
Livorno	1.374,9	1.384,1	6,4	36.600
Siena	998,3	1.120,4	6,1	37.000
Arezzo	1.118,3	1.437,6	5,8	35.400
Grosseto	1.088,5	1.493,8	6,3	38.000
Firenze	998,7	868,3	5,7	33.100
Empoli	1.017,8	1.177,2	6,0	37.700
Versilia	1.010,1	1.068,0	6,3	35.200

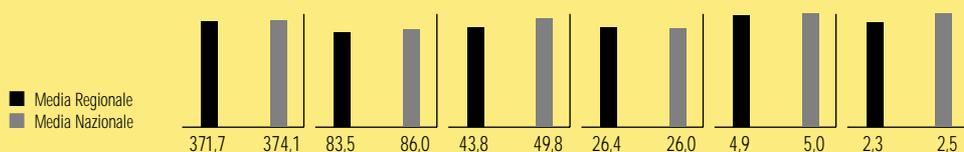


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.10.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Massa-Carrara	401,8	96,9	44,0	28,2	5,7	2,2
Lucca	408,3	96,3	44,2	29,6	5,6	2,4
Pistoia	352,9	81,7	39,5	25,6	4,8	2,2
Firenze	338,0	71,1	41,6	24,4	4,2	2,2
Livorno	440,6	106,1	51,2	30,1	6,1	2,6
Pisa	366,9	79,8	45,9	25,7	4,8	2,3
Arezzo	355,8	73,4	47,3	24,5	4,5	2,3
Siena	376,9	89,8	40,9	27,1	5,4	2,0
Grosseto	400,8	97,5	43,0	28,9	5,8	2,1
Prato	340,0	69,7	42,7	23,9	4,1	2,3



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
 (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.10.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata), ammonta a 225.700 lire a fronte delle 236.000 lire pro-capite nazionali.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl (28.600 contro 26.400 lire), di quella spesa dalle Aziende ospedaliere (16.200 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (180.500 contro 195.200 lire).

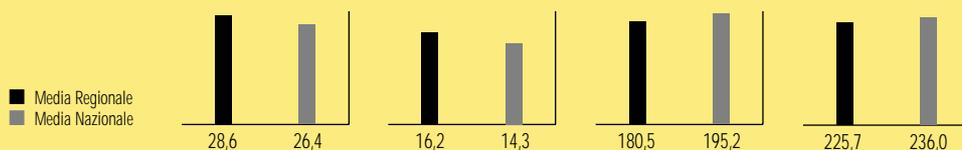
La spesa complessiva più alta si rileva a Massa/Carrara (271.500 lire), la più bassa a Siena (197.000 lire).

Le stesse "punte" si riscontrano per la spesa ospedaliera delle Aziende Usl con il picco in alto di Massa/Carrara (51.900 lire), e quello in basso di Siena (17.600 lire) seguita, con 18.000 lire, da Pisa.

Massa/Carrara ha il record anche per la spesa convenzionata (203.400 lire) ed è ancora Siena la Usl con i valori più contenuti (163.200 lire).

Tav. 3.10.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

Usl	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. Usl	Az. Osp.(a)		
Massa Carrara	51,9		203,4	271,5
Lucca	33,7		188,1	238,0
Pistoia	27,6		175,3	219,1
Prato	27,2		169,6	213,0
Pisa	18,0		185,8	220,0
Livorno	35,7	16,2	195,8	247,7
Siena	17,6		163,2	197,0
Arezzo	41,6		181,4	239,2
Grosseto	39,2		174,2	229,6
Firenze	19,1		171,6	206,9
Empoli	27,0		174,3	217,5
Versilia	29,7		200,9	246,8



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.11. Umbria

3.11.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

L'Umbria ha quasi 830.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 5 Aziende Usl.

La dimensione media di tali aziende, osservata in termini di popolazione assistita, è circa il 65% di quella media nazionale.

Fra le 5 aziende Usl la più piccola è quella di Orvieto (41.956 abitanti, ovvero un quarto della media regionale). La più grande è Perugia, 329.060 abitanti.

L'indice di vecchiaia (168,8%) è superiore alla media nazionale, e presenta notevoli differenze tra una Usl ed un'altra.

A Orvieto vi sono oltre 2 vecchi per ogni bambino (indice pari a 212,0%), sul lato opposto si situa Città di Castello (154,2%).

La natalità (7,6‰) è inferiore alla media nazionale, con poche oscillazioni tra le Usl.

La mortalità (indice 11,1‰), presenta il maggiore scostamento in alto a Orvieto con un tasso pari a 12,2‰, mentre all'estremo opposto si colloca Perugia con un tasso pari a 10,5‰.

Non ci sono Usl dove la natalità supera la mortalità.

3.11.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite umbro è in linea con i valori medi nazionali (26,6 milioni contro 27,2 milioni). Perugia ha il dato più alto con 27,4 milioni mentre Terni è al di sotto della media con 24,3 milioni. I depositi sono anch'essi in linea (anche se leggermente inferiori) alla media nazionale (15,1 milioni contro i 17 milioni).

I valori più bassi si registrano a Terni con 12,8 milioni, mentre Perugia si attesta sui 16 milioni.

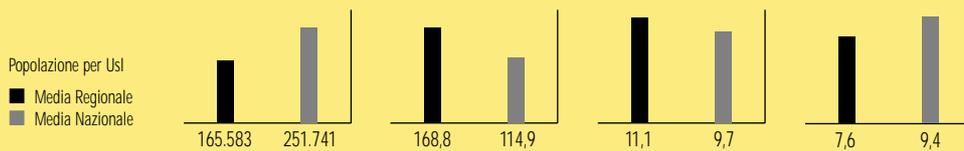
Il 41,9% della popolazione risulta occupato, con Terni al 38,5%, cui fa riscontro il dato di Perugia (43,1%).

La disoccupazione (tasso del 10,2%) si attesta su valori leggermente inferiori alla media nazionale (12,1%); entrambe le province si mantengono sopra il 10%.

Per gli uomini siamo al 6,5% per le donne al 16%.

Tav. 3.11.1. - Contesto demografico

USL	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Città di Castello	110.994	154,2	11,5	8,2
Perugia	329.060	156,0	10,5	8,0
Foligno	166.536	178,7	11,2	7,6
Orvieto	41.956	212,0	12,2	6,6
Terni	179.368	185,1	11,6	6,9
Totale	827.914			



dati 1996

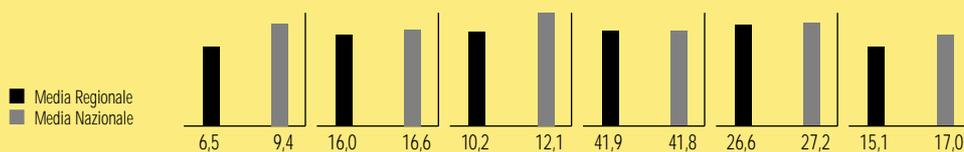
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.11.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Perugia	6,1	16,0	10,1	43,1	27,4	16,0
Terni	7,5	16,1	10,7	38,5	24,3	12,8



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.11.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori leggermente inferiori alla media nazionale sia per i maschi che per le femmine (172,7 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese e 71,9 morti per le donne contro 76,0 medi in Italia). Tra le morti, quelle evitabile con interventi di prevenzione primaria sono 119,5 negli uomini, contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre su 100.000 abitanti) sono invece di 31,9 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili a carenze negli interventi di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 1,8 morti, contro i 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 24,2 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria i valori sono sempre inferiori, con 51,4 morti per i maschi a fronte di una media italiana di 57,6; e 15,8 decessi per le donne contro 18,1 nazionali. A livello di singola Usl, per i maschi, Città di Castello, con 231,0 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Perugia con 153,9.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Orvieto con 109,3 decessi, di contro Foligno registra il valore più basso con 53,4 morti.

3.11.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Terni è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 84,9% del valore medio regionale; Orvieto è di contro quella con la spesa più alta pari a +16,4% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Foligno (+29,4%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Terni (-19,4%). Per la medicina di base troviamo ai due estremi Orvieto (+9,9%) e Perugia (-5,8%). L'ospedaliera convenzionata è notevolmente più variabile ed ha agli estremi Perugia (+114,2%) e Foligno (-79,9%).

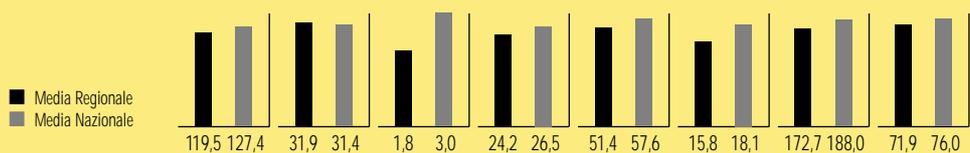
La farmaceutica evidenzia Terni come la Usl con maggiore onere (+16,9%), mentre Città di Castello è quella con l'onere minore (-6,8%).

3.11.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera umbra presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 5,3 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. Alla dotazione della regione concorrono con 2,8 letti gli ospedali delle Usl (media nazionale 3,2) e con 2,1 letti, sempre per 1.000 abitanti, le Aziende ospedaliere (media nazionale 1,6). Scarso il livello dei posti letto privati accreditati (0,4 a fronte di una media nazionale del 1,1). La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando dai 3,1 posti letto complessivi di Terni ai 7,2 posti letto per 1.000 abitanti di Foligno. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 73,9% (77,6% in media nazionale), Città di Castello utilizza il 68,2% dei posti letto mentre Perugia ne utilizza il 78,4%.

Tav. 3.11.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

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	171,2	35,6	4,3	18,9	55,5	15,1	231,0
Perugia	102,7	33,5	0,0	25,5	51,2	15,8	153,9	74,8
Foligno	126,6	20,8	4,5	18,7	41,1	13,9	172,2	53,4
Orvieto	104,0	53,2	0,0	43,3	53,8	12,8	157,8	109,3
Terni	114,0	31,3	1,6	25,2	58,1	18,7	173,7	75,2



dati 1994

Tav. 3.11.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

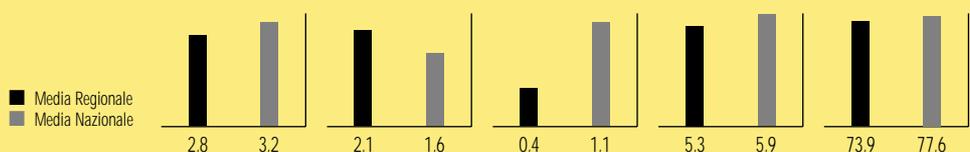
USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Città di Castello	109,6	121,1	102,7	60,7	93,2
Perugia	96,2	86,2	94,2	214,2	94,8
Foligno	112,0	129,4	102,4	20,1	94,8
Orvieto	116,4	110,1	109,9	25,5	105,3
Terni	84,9	80,6	104,6	22,0	116,9
Media regionale spesa UsL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

Tav. 3.11.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

USL	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI			TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (c)
	OSP. USL (a)	AZ. OSP. (b)	IST. PRIV. ACCRED.	
Città di Castello	4,9	-	-	68,2
Perugia	2,0	-	0,9	78,4
Foligno	5,1	2,1	-	70,3
Orvieto	2,1	-	-	75,2
Terni	1,0	-	-	76,6



dati 1996

(a) Comprende ospedali UsL ed equiparati

(b) Comprende anche 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 UsL della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

3.11.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è leggermente superiore alla media nazionale (12,9 contro 11,9 per 10.000 abitanti, con un rapporto di circa 1 a 3 con gli infermieri (che sono 39,3 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 in Italia).

Il minor numero di medici è quello di Terni (8,3) compensato da 3,5 infermieri per medico (28).

Di contro a Foligno abbiamo 22,0 medici per 1.000 abitanti con 64,0 infermieri (in questo caso meno di 3 per medico).

3.11.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (1.056,9 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

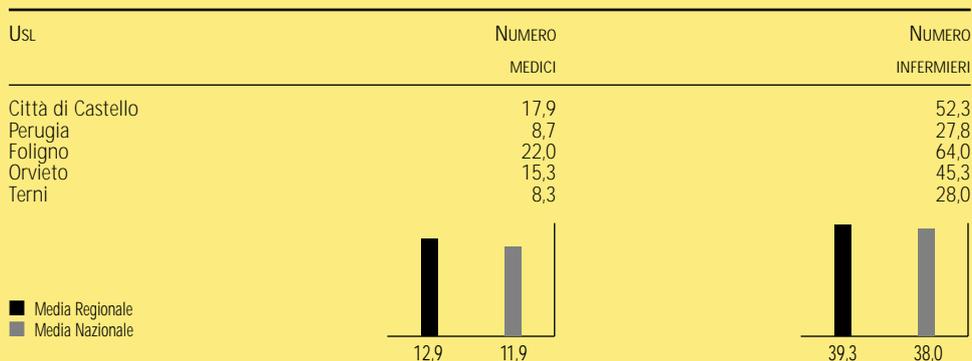
Analogamente i bambini assistiti per pediatra ammontano 1.117,7 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è limitata per quanto concerne il medico di base, passando dalle 983,7 scelte di Terni, alle 1.138,3 di Perugia. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è rilevato ad Orvieto (2.427,1 assistiti per medico).

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 6,2 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 36.300 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Orvieto si prescrivono in media 4,5 ricette di importo medio pari a 52.800 lire, mentre in quella di Terni le ricette sono 7,2 di importo pari a 38.400 lire.

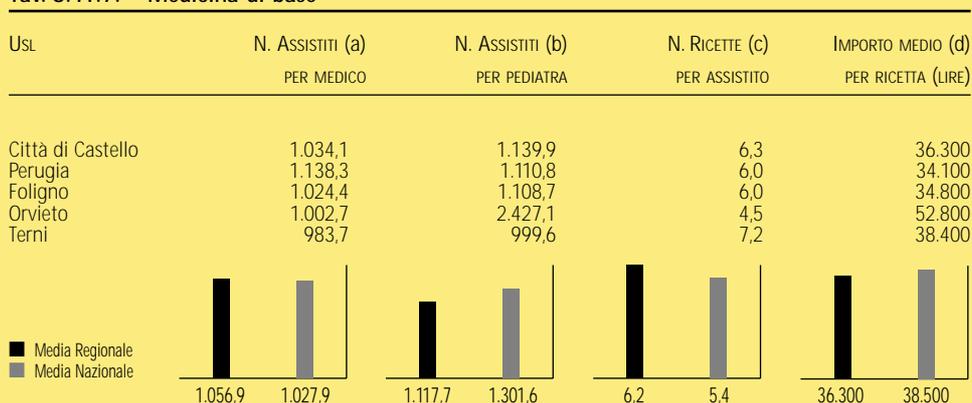
Tav. 3.11.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.11.7. - Medicina di base



dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
- (b) Assistiti <15 diviso pediatri
- (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
- (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.11.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 370.000 lire, un valore di poco inferiore alla spesa media nazionale pari a 374.100 lire pro-capite. Per quanto riguarda i consumi in quantità, l'Umbria presenta invece valori in linea con la media nazionale (25,9 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia). La provincia di Terni è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (410.200 lire pro-capite), che di confezioni (27,4 a testa).

Perugia fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (354.600 lire), e il minor numero di confezioni (25,4).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 92.300 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, si spende meno che in Italia con una spesa media regionale di 47.200 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.11.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata), ammonta a 243.100 lire, di poco superiori alle 236.000 lire pro-capite nazionali.

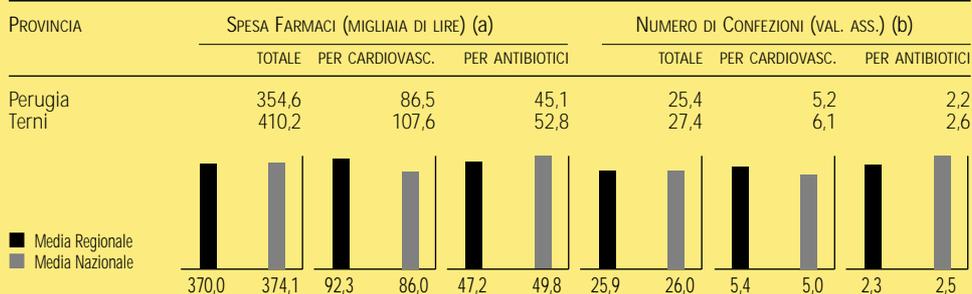
Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (20.000 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, superiore alla media nazionale (27.500 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (in linea con la media nazionale, 195.600 contro 195.200 lire).

Complessivamente è a Terni (266.500 lire) che si rileva la spesa più alta, all'opposto Perugia (225.500 lire).

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Città di Castello con 37.300 lire, mentre la minore si rileva nelle 10.400 lire spese a Terni.

Per la farmaceutica convenzionata è sempre Terni a far registrare i valori più alti (228.600 lire), mentre i più bassi si registrano a Città (182.300 lire spese pro-capite).

Tav. 3.11.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesa-



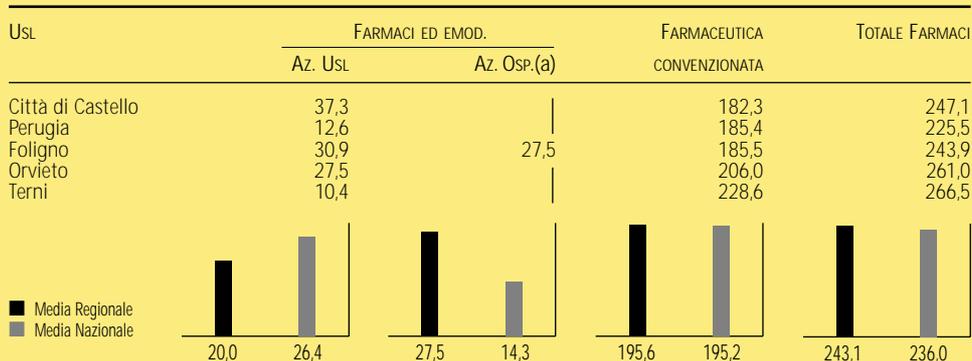
dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.11.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.12. Marche

3.12.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La regione Marche conta circa 1.450.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 13 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende in termini di abitanti è circa il 44% della media nazionale.

Fra le 13 aziende Usl la più piccola è quella di Fabriano (44.453 abitanti, meno della metà della media regionale). La più grande è Ancona, 233.944 abitanti, seguita da Fermo con circa 151.958 abitanti.

L'indice di vecchiaia (156,6%) è superiore alla media nazionale, in modo significativo, con notevoli differenze tra una Usl ed un'altra.

A Camerino vi sono oltre 2 vecchi per ogni bambino (indice pari a 224,5%).

La natalità 7,9‰ è inferiore alla media nazionale: Camerino è l'area con minore natalità (6,4‰), mentre San Benedetto del Tronto è la più prolificata (8,7 ‰), di poco inferiore alla media nazionale.

Il tasso di mortalità più elevato si riscontra a Camerino (13,5‰), mentre il valore più contenuto è quello di San Benedetto del Tronto (8,7‰).

Non ci sono Usl dove la natalità supera la mortalità, tranne San Benedetto del Tronto ove si equivalgono.

3.12.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Le Marche fanno registrare un reddito prodotto pro-capite pari a 27,9 milioni (contro i 27,2 milioni nazionali); con Ancona è la provincia più "ricca" (30,3 milioni) e Pesaro-Urbino la più "povera" (26,1 milioni).

I depositi bancari medi per abitante (16,7 milioni contro 17 milioni nazionali) sono maggiori a Pesaro-Urbino (19,8 milioni) e minori ad Ascoli Piceno (15,3 milioni).

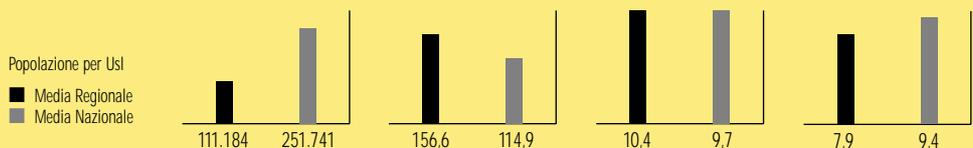
Il 46,2% degli abitanti risulta occupato (+4,4% rispetto alla media nazionale), la provincia con il dato superiore è Ascoli con 47,4% mentre la minore è Ancona con il 45%.

Il tasso di disoccupazione è di 5 punti inferiore alla media nazionale (6,5% contro 12,1% nazionale); fra le diverse province le differenze sono contenute in un ventaglio di punti: dal 6% di Ancona al 7% di Ascoli e Pesaro.

Per gli uomini la disoccupazione registra dei valori nettamente più bassi delle medie nazionali (4,1% contro 9,4%) e spazia dal 3,7% di Ancona al 4,7% di Pesaro. Per le donne (10% contro 16,6%) il tasso di disoccupazione oscilla tra il 9,2% di Ancona al 10,9% di Ascoli.

Tav. 3.12.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Pesaro	135.143	150,3	9,6	8,1
Urbino	79.511	167,3	11,3	7,9
Fano	124.788	156,3	10,3	7,8
Senigallia	74.219	173,2	11,9	7,3
Jesi	100.918	167,1	11,0	7,7
Fabriano	44.453	207,3	11,9	7,2
Ancona	233.944	158,0	9,8	7,8
Civitanova Marche	107.454	133,8	9,6	8,5
Macerata	129.874	172,5	10,9	7,7
Camerino	48.588	224,5	13,5	6,4
Fermo	151.958	146,6	10,4	8,3
San Benedetto del Tronto	96.778	128,4	8,7	8,7
Ascoli Piceno	117.765	137,8	10,5	8,3
Totale	1.445.393			

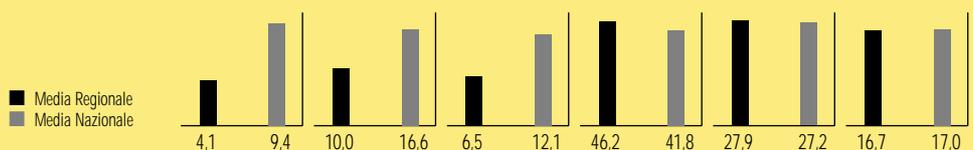


dati 1996

- (a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)
- (b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)
- (c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.12.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Pesaro-Urbino	4,7	10,5	7,0	45,7	26,1	19,8
Ancona	3,7	9,2	6,0	45,0	30,3	16,2
Macerata	3,9	9,4	6,2	47,1	27,9	15,6
Ascoli Piceno	4,3	10,9	7,0	47,4	26,7	15,3



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

- (a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi
- (b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine
- (c) Disoccupati diviso forze di lavoro
- (d) Occupati diviso popolazione >15 anni
- (e) Valore aggiunto diviso abitanti
- (f) Depositi bancari diviso abitanti

3.12.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori inferiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (148,8 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 decessi in media nel Paese e 63,0 per le donne contro 76,0 medi in Italia). Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria sono 98,9 tra gli uomini, contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica sono invece di 23,5 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili alla carenza di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 2,5 morti contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 24,5 decessi contro 26,5. Anche per le carenze attribuibili alle misure di igiene e all'assistenza sanitaria i valori delle Marche sono inferiori a quelli medi nazionali e risultano per i maschi di 47,4 morti a fronte di una media italiana di 57,6, mentre per le donne si rilevano 15,0 morti, contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Camerino presenta il valore maggiore di mortalità evitabile (194,5 morti), mentre il valore più basso si registra a Civitanova Marche con 118,3 decessi.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Urbino con 88,3 morti; di contro Jesi registra il valore più basso con 40,6 morti.

3.12.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Pesaro è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 61,4% del valore medio regionale; Ancona è di contro quella con la spesa più alta pari a +40,2% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

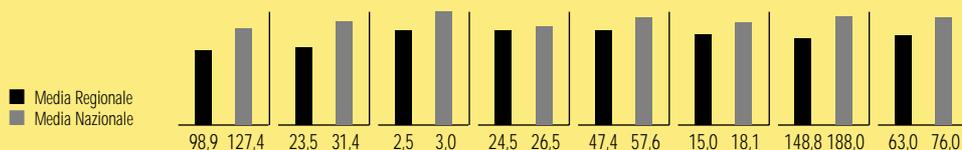
La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Ancona (+39,6%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Pesaro (-45,1%). Per la medicina di base (piuttosto variabile) troviamo ai due estremi Senigallia (+21,0%) e Ascoli Piceno (-19,0%).

L'ospedaliera convenzionata ha agli estremi Ancona (+136,8%) e Camerino (-99,4%).

La farmaceutica evidenzia simmetricamente Ancona come la Usl con maggiore onere (+17,0%), mentre Civitanova Marche è quella con l'onere minore (-16,6%).

Tav. 3.12.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Pesaro	109,2	25,8	1,9	8,9	62,5	10,7	173,6
Urbino	103,3	41,2	0,0	40,4	59,5	6,7	162,8	88,3
Fano	89,4	12,1	6,1	33,6	30,6	20,0	126,1	65,7
Senigallia	103,4	32,0	3,7	6,0	67,6	34,7	174,7	72,7
Jesi	109,9	14,6	5,3	12,7	35,6	13,3	150,8	40,6
Fabriano	78,8	18,6	0,0	22,0	52,8	18,7	131,6	59,3
Ancona	103,4	18,0	3,3	26,9	35,8	12,4	142,5	57,3
Civitanova Marche	83,2	28,0	0,0	27,5	35,1	13,3	118,3	68,8
Macerata	105,2	15,9	0,0	21,5	38,8	8,9	144,0	46,3
Camerino	116,6	22,3	12,6	39,4	65,3	16,1	194,5	77,8
Fermo	84,0	43,8	1,6	15,5	51,5	22,1	137,1	81,4
San Benedetto del Tronto	88,5	19,7	0,0	45,0	56,3	7,4	144,8	72,1
Ascoli Piceno	108,0	17,8	2,2	28,4	58,5	19,4	168,7	65,6



dati 1994

Tav. 3.12.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Pesaro	61,4	54,9	93,3	3,1	95,5
Urbino	96,6	102,7	108,0	44,6	101,3
Fano	98,4	96,2	96,2	170,5	97,2
Senigallia	97,3	106,0	121,0	34,2	95,1
Jesi	95,7	96,7	100,8	98,6	102,1
Fabriano	92,4	98,9	104,7	1,7	98,1
Ancona	140,2	139,6	105,6	236,8	117,0
Civitanova Marche	100,4	81,2	95,7	120,8	83,4
Macerata	101,6	102,8	107,0	94,7	91,6
Camerino	96,0	107,5	101,2	1,6	103,8
Fermo	83,2	85,8	91,6	40,8	100,8
San Benedetto del Tronto	93,5	88,4	93,8	163,7	98,4
Ascoli Piceno	101,5	108,9	91,0	52,7	98,6
Media regionale spesa UsI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsI della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsI

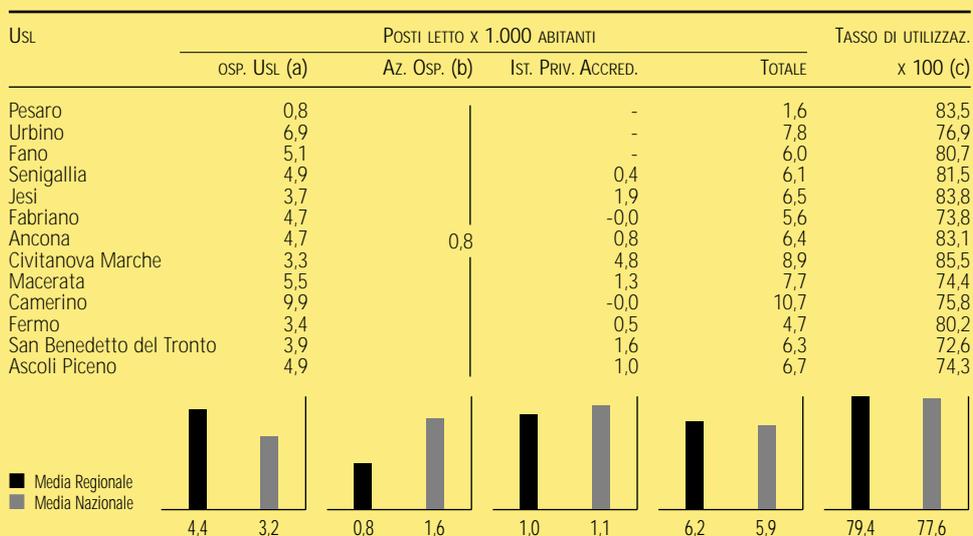
3.12.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera marchigiana presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 6,2 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. Negli ospedali delle Usl si rileva una quota di 4,4 posti letto per 1.000 abitanti contro i 3,2 della media nazionale; le Aziende ospedaliere hanno invece un indice inferiore alla media nazionale (0,8 contro 1,6 posti letto a livello nazionale); mentre gli Istituti privati accreditati sono in linea con quella nazionale (1,0 letti contro 1,1 medi in Italia). La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando dai 1,6 posti letto di Pesaro ai 10,7 posti letto per 1.000 abitanti di Camerino. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 79,4% (77,6% in media nazionale), San Benedetto utilizza il 72,6% dei posti letto mentre Civitanova Marche ne utilizza il 85,5%.

3.12.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (14,8 contro 11,9 per 10.000 abitanti, con un rapporto di circa 1 a 3 con gli infermieri (che sono 50,5 ogni 10.000 abitanti a fronte dei 38,0 presenti in Italia). Il minor numero di medici si rileva a Pesaro (4,4), compensato da quasi 6 infermieri per medico (22,4). Di contro a Fabriano si registrano 20,2 medici per 10.000 abitanti, con 54,7 infermieri (in questo caso meno di 3 per medico).

Tav. 3.12.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

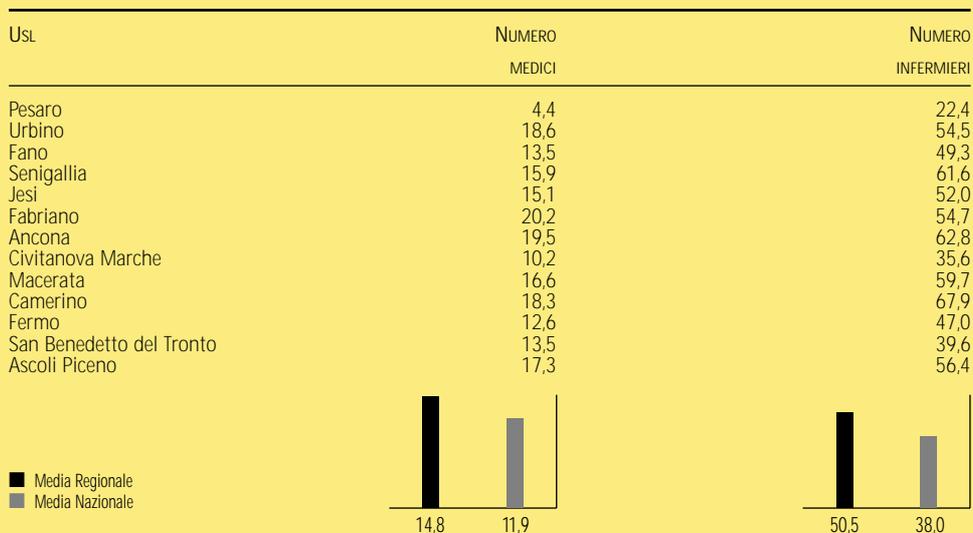
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.12.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.12.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di assistiti per medico è di 1.016,9 in linea con la media nazionale di 1.027,9 scelte.

I bambini assistiti per pediatra ammontano a 1.121,9, a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl si nota variabilità per quanto concerne il medico di base, passando dalle 887,2 scelte di Fano alle 1.328,1 di Urbino. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è ancora quello di Urbino pari a 3.483,7.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 6,2 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 34.500 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Fano si prescrivono in media 4,5 ricette di importo medio pari a 35.400 lire, mentre in quella di San Benedetto le ricette sono 9,5 di importo pari a 22.600 lire.

3.12.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 376.700 lire, in linea con la media nazionale pari a 374.100 lire pro-capite. Anche per i consumi in termini di quantità, i valori sono in linea con la media nazionale (25,5 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

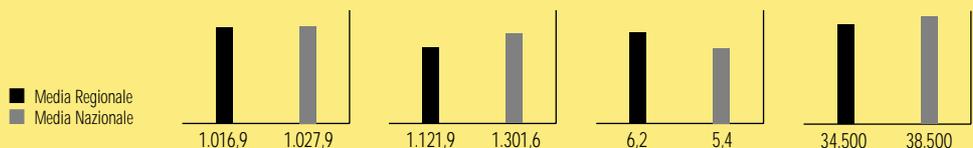
La provincia di Ancona è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico in termini di spesa (390.600 lire pro-capite), mentre in testa per numero di confezioni è Macerata (26,4 pro-capite).

Pesaro-Urbino fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (346.500 lire), e il minor numero di confezioni (23,6).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più alto rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 93.400 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Lo stesso vale per gli antibiotici, con una spesa media regionale di 51.300 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.12.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Pesaro	993,9	992,5	5,7	35.200
Urbino	1.328,1	3.483,7	6,2	34.600
Fano	887,2	1.273,1	4,5	35.400
Senigallia	1.046,0	1.040,5	6,4	33.000
Jesi	1.035,3	1.076,3	6,5	39.200
Fabriano	1.031,0	1.054,9	6,6	39.200
Ancona	1.033,3	947,0	6,2	36.900
Civitanova Marche	1.039,2	1.150,9	5,7	31.200
Macerata	1.041,5	1.168,1	6,0	34.100
Camerino	1.021,5	1.895,4	7,2	38.800
Fermo	1.012,5	1.070,4	6,4	32.900
San Benedetto del Tronto	945,0	972,6	9,5	22.600
Ascoli Piceno	990,3	1.116,7	5,7	41.100

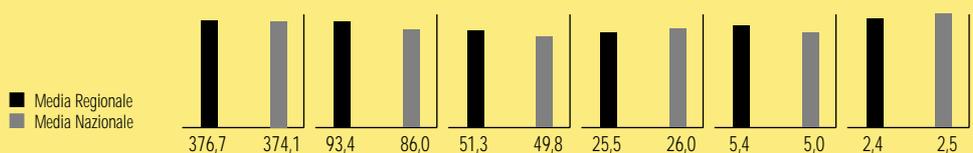


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
- (b) Assistiti <15 diviso pediatri
- (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
- (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.12.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Pesaro-Urbino	346,5	90,7	42,1	23,6	5,2	2,0
Ancona	390,6	95,4	51,5	25,9	5,5	2,5
Macerata	375,1	91,0	54,3	26,4	5,4	2,6
Ascoli Piceno	389,3	95,7	56,9	26,0	5,6	2,7



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
- (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.12.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata) ammonta a 254.600 lire, a fronte di una spesa media nazionale di 236.000 lire.

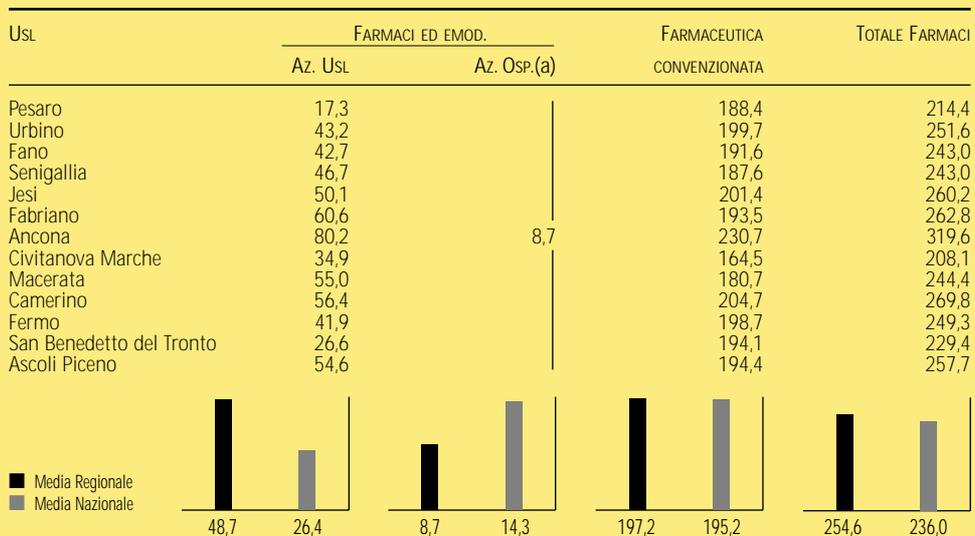
Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (48.700 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, invece inferiore alla media nazionale (8.700 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata in linea con la media nazionale, (197.200 a fronte di 195.200 lire).

Ancona (319.600 lire) è la Usl con la spesa più alta e Civitanova Marche (208.100 lire) quella con il livello più basso.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl è sempre Ancona a far registrare il livello più alto con 80.200 lire, mentre il minore onere si rileva a Pesaro con 17.300 lire.

Ancona risulta in testa alle spese anche per la farmaceutica convenzionata (230.700 lire) mentre in coda si registra la spesa (164.500 lire) di Civitanova Marche.

Tav. 3.12.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.13. Lazio

3.13.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

Il Lazio ha circa 5.200.000 residenti, assistiti in 12 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende in termini di popolazione è circa il 70% più elevata della media nazionale.

Fra le 12 aziende Usl la più piccola è quella di Rieti (150.000 abitanti, ovvero un terzo della media regionale). La più grande è la Roma B, seguita dalla Roma D (entrambe vicine ai 600.000 abitanti).

L'indice di vecchiaia (111,4%) è molto vicino alla media nazionale. Mentre a Frosinone i vecchi ed i bambini si equivalgono (indice di vecchiaia pari a 100,9%), a Rieti vi sono quasi 1,5 vecchi per ogni bambino (indice pari a 156,6%).

Anche la natalità (9,1‰) è in linea con la media nazionale: Viterbo è l'area con minore natalità (8,0‰), mentre la Roma F è la più prolifica (10,9‰), superiore alla media nazionale.

Per la mortalità (8,8‰ a livello regionale) i tassi più elevati si riscontrano a Rieti (11,4‰) ed a Viterbo (10,8‰), mentre all'estremo opposto troviamo Latina (7,4‰) con una mortalità inferiore alla media nazionale.

Le uniche Usl dove la natalità supera la mortalità sono le tre Usl Roma F, G ed H e Latina.

3.13.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite del Lazio, 30,6 milioni, si attesta al di sopra della media nazionale (27,2 milioni), e vede nella provincia di Roma quella più "ricca" (33,5 milioni) ed in quella di Rieti con 20,2 milioni, quella più "povera". Da notare la forte differenza registrata tra la capitale e le altre province.

I depositi bancari medi regionali sono superiori alla media nazionale (18,8 milioni contro 17,0 milioni). Roma, ovviamente, è la provincia con più depositi (21,6 milioni) mentre è Latina quella con meno depositi pro-capite (10 milioni).

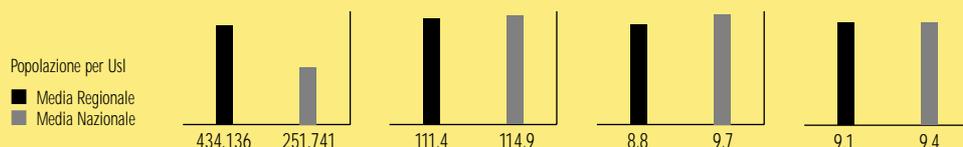
Quasi il 40% degli abitanti risulta occupato. Il 42,1% della popolazione di Roma è occupato mentre tutte le altre province oscillano tra il 38,6% di Viterbo ed il 39,9% di Latina.

Il tasso di disoccupazione, pari al 12,8%, è maggiore (anche se di poco) della media nazionale (12,1%); Rieti ha il minor tasso di disoccupazione (8,9%) mentre Latina quello più elevato (14%).

Il tasso di disoccupazione maschile è vicino al 10% in tutte le province ad esclusione di Rieti (5,6%); quello femminile è intorno al 20% con la eccezione di Roma (16,8%) e Rieti (15,0%).

Tav. 3.13.1. - Contesto demografico

USL	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Roma A	472.086	132,2	9,0	8,5
Roma B	590.577	132,2	9,0	8,5
Roma C	528.659	132,2	9,0	8,5
Roma D	577.643	132,2	9,0	8,5
Roma E	529.774	132,2	9,0	8,5
Roma F	234.807	88,5	7,9	10,9
Roma G	400.474	88,0	8,2	10,2
Roma H	444.370	74,4	7,6	10,3
Viterbo	289.922	140,1	10,8	8,0
Rieti	150.520	156,6	11,4	8,4
Latina	500.444	77,0	7,4	10,2
Frosinone	490.359	100,9	9,6	9,0
Totale	5.209.635			



dati 1996

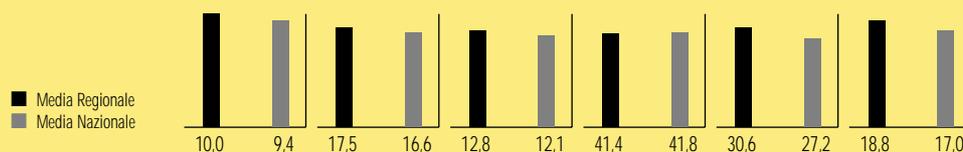
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.13.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Viterbo	9,5	21,6	13,5	38,6	22,1	14,1
Rieti	5,6	15,0	8,9	39,5	20,2	11,9
Roma	10,3	16,8	12,8	42,1	33,5	21,6
Latina	10,5	21,7	14,0	39,9	23,3	10,0
Frosinone	8,6	19,4	12,4	39,7	24,4	11,0



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.13.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori inferiori alla media nazionale per gli uomini (171,3 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 in media nel Paese); è invece in media per le donne (75,5 decessi contro i 76,0 medi in Italia). I morti evitabili con interventi di prevenzione primaria sono 108,1 tra gli uomini, contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica sono invece in linea con il livello nazionale. I valori riferibili a carenza di diagnosi precoce e terapia sono per i maschi di 3,8 morti, contro 3,0 del livello nazionale e, per le donne, di 25,3 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, invece, i valori del Lazio risultano in linea con quelli medi nazionali: per i maschi si registrano 59,4 morti a fronte di una media italiana di 57,6; per le donne 19,2 decessi contro 18,1 nazionali. A livello di singola Usl, per i maschi, Latina con 197,9 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Rieti con 145,9. Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva nel territorio della Usl Roma G con 81,0 morti; di contro Latina, che aveva invece il valore più alto per gli uomini, registra il valore più basso per le donne, con 58,7 decessi.

3.13.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Roma B è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 76,1% del valore medio regionale; Roma H è di contro quella con la spesa più alta pari a +29,5% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa. La spesa diretta (personale più beni e servizi) è più alta nella Roma A (+34,0%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto è quello di Roma D (-36,4%). Per la medicina di base troviamo ai due estremi Roma C (+19,9%) e Roma D (-18,4%). L'ospedaliera convenzionata ha come estremi Roma E (+86,1%) e Rieti (-66,0%). La farmaceutica evidenzia Latina come la Usl con maggiore onere (+6,6%), mentre Viterbo è quella con l'onere minore (-11,3%).

3.13.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera del Lazio presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 7,7 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. I posti letto degli ospedali delle Usl (2,7 posti letto per 1.000 abitanti) sono inferiori alla media nazionale (3,2), mentre superiori alla media nazionale risultano sia i letti delle Aziende ospedaliere (2,1 posti letto per 1.000 abitanti contro 1,6) sia quelli degli Istituti privati accreditati (2,9 contro 1,1 posti letto per 1.000 abitanti medi nazionali). La distribuzione territoriale è piuttosto disomogenea, variando dai 4,4 posti letto di Roma B agli 11,5 posti letto per 1.000 abitanti di Roma H. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale dell'82,6% (77,6% in media nazionale), Roma G utilizza il 71,7% dei posti letto mentre Roma H ne utilizza il 90,2%.

Tav. 3.13.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Roma (AM)	103,3	33,3	4,0	27,1	61,5	20,4	168,8
Roma / F	133,3	31,2	4,5	28,2	58,6	19,8	196,4	79,2
Roma / G	103,7	33,8	4,0	27,1	58,8	20,1	166,5	81,0
Roma / H	111,7	24,1	1,9	21,0	51,4	20,9	165,0	66,0
Viterbo	112,3	32,0	3,3	28,8	57,8	14,1	173,4	74,9
Rieti	87,5	25,1	0,0	15,1	58,4	21,8	145,9	62,0
Latina	134,9	21,1	5,5	20,0	57,5	17,6	197,9	58,7
Frosinone	103,1	29,3	3,3	22,0	59,7	14,4	166,1	65,7

dati 1994

Tav. 3.13.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Roma A	126,4	134,0	101,9	132,1	101,2
Roma B	76,1	67,9	114,7	63,7	101,2
Roma C	112,0	107,7	119,9	104,6	101,2
Roma D	84,4	63,6	81,6	102,6	101,2
Roma E	115,5	83,2	91,7	186,1	101,2
Roma F	78,4	80,7	96,7	48,5	101,2
Roma G	97,7	105,3	93,2	88,5	101,2
Roma H	129,5	132,1	92,1	160,4	101,2
Viterbo	96,5	114,8	95,1	63,0	88,7
Rieti	83,9	112,9	108,3	34,0	91,1
Latina	104,2	115,4	108,5	97,2	106,6
Frosinone	86,7	110,9	95,2	50,5	94,9
Media regionale spesa UsL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

Tav. 3.13.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

USL	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI				TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (c)
	OSP. USL (a)	Az. Osp. (b)	IST. PRIV. ACCRED.	TOTALE	
Roma A	1,9		1,7	5,6	85,0
Roma B	0,8		1,5	4,4	88,6
Roma C	2,2		1,2	5,5	81,2
Roma D	1,3		3,8	7,2	88,6
Roma E	3,6		4,6	10,3	84,5
Roma F	1,6	2,1	2,4	6,0	79,1
Roma G	2,8		5,8	10,6	71,7
Roma H	3,8		5,6	11,5	90,2
Viterbo	3,6		3,4	9,1	82,6
Rieti	6,1		-	8,2	75,8
Latina	3,0		2,1	7,3	81,0
Frosinone	4,0		1,8	7,9	75,6

dati 1996

(a) Comprende ospedali UsL ed equiparati

(b) Comprende anche 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 UsL della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

3.13.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è in linea con la media nazionale (11,5 per 10.000 abitanti a fronte del 11,9 nazionale), con un rapporto di 1 a 3 con gli infermieri (33,7 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 in Italia).

Il minor numero di medici è quello di Roma D (5,7) compensato da 3 infermieri per medico (16,2).

Di contro a Rieti abbiamo 17,4 medici per 10.000 abitanti con 52 infermieri (anche qui 3 per medico).

3.13.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è minore della media nazionale (897,8 della Regione contro 1.027,9 medio in Italia).

Analogamente i bambini assistiti per pediatra si attestano a 1.087,6 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

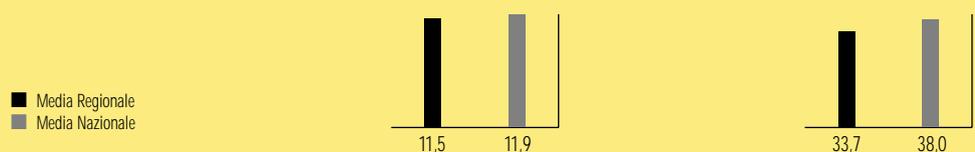
A livello di Usl la variabilità è alta per quanto concerne il medico di base, passando dalle 646,9 scelte di Roma A, alle 1.074,5 di Roma G. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Viterbo pari a 1.711,8.

Per quanto attiene l'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 5,7 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 40.400 lire di poco superiore alla media nazionale di 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze non sono rilevanti: nella Usl di Roma E si prescrivono in media 5,0 ricette di importo medio pari a 44.200 lire, mentre in quella di Roma G le ricette sono 6,6, ma compensate da un importo medio inferiore, 31.600 lire.

Tav. 3.13.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)

Usl	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Roma A	14,3	59,2
Roma B	8,1	16,6
Roma C	11,3	32,1
Roma D	5,7	16,2
Roma E	10,1	22,7
Roma F	8,0	25,9
Roma G	11,9	38,2
Roma H	12,4	43,2
Viterbo	15,9	43,5
Rieti	17,4	52,0
Latina	13,9	36,8
Frosinone	14,9	41,1

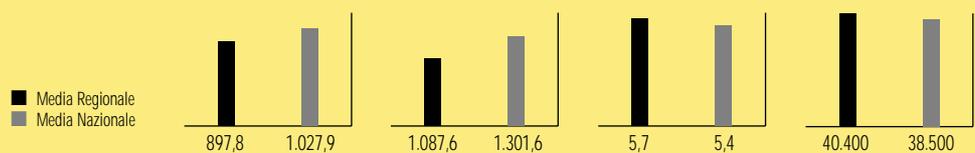


dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.13.7. - Medicina di base

Usl	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTO MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Roma A	646,9	850,9	6,4	45.600
Roma B	839,5	798,4	5,4	41.900
Roma C	730,1	952,9	5,6	41.500
Roma D	1.015,7	1.026,3	5,3	42.100
Roma E	906,0	748,7	5,0	44.200
Roma / F	1.034,7	1.239,4	5,3	40.100
Roma / G	1.074,5	1.353,1	6,6	31.600
Roma / H	1.004,4	1.186,5	5,4	41.700
Viterbo	1.072,6	1.711,8	6,1	32.800
Rieti	986,4	1.419,8	6,4	37.000
Latina	998,8	1.396,0	5,6	40.800
Frosinone	958,2	1.501,4	5,8	38.400



dati 1996

(a) Assistiti >14 anni diviso medici

(b) Assistiti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.13.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 357.500 lire, contro le 374.100 lire pro-capite a livello nazionale. Anche per quanto riguarda i consumi in quantità, il Lazio presenta valori inferiori, anche se di poco, alla media nazionale (24,8 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Roma è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (366.800 lire pro-capite), che di confezioni (25,5 a testa).

Rieti fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (317.500 lire), mentre Frosinone il minor numero di confezioni (21,7).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 75.400 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, nel Lazio si spende poco più che in Italia con una spesa media regionale di 50.700 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.13.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

Nella Regione Lazio la spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre calcolata in base alla popolazione pesata) ammonta a 236.700 lire, in linea con il livello di spesa nazionale. Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (20.600 contro 26.400 lire), di quella spesa dalle Aziende ospedaliere, inferiore anch'essa alla media nazionale (8.700 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata che risulta invece leggermente superiore alla media nazionale (207.200 contro 195.200 lire).

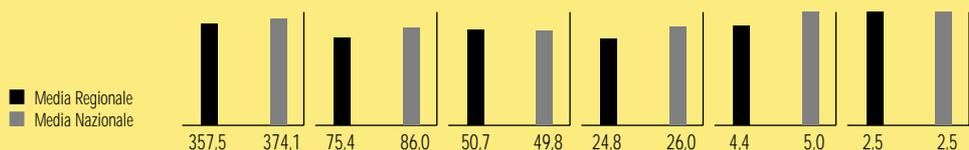
Latina (266.700 lire) fa rilevare la spesa farmaceutica pubblica più alta, Viterbo (218.100 lire) quella più bassa.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha nella Roma C con 42.000 lire, mentre la minore si rileva nelle 8.700 lire spese nella Roma D.

Per la farmaceutica convenzionata la maggior spesa (221.200 lire) si rileva ancora nella Usl di Latina mentre è sempre Viterbo a far registrare i valori più bassi (184.100 lire).

Tav. 3.13.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Viterbo	330,7	78,7	45,0	23,1	4,7	2,2
Rieti	317,5	82,1	45,6	22,2	4,9	2,3
Roma	366,8	74,8	50,1	25,5	4,4	2,4
Latina	352,8	76,5	54,7	23,9	4,4	2,6
Frosinone	321,9	73,9	56,8	21,7	4,4	2,9



dati 1996

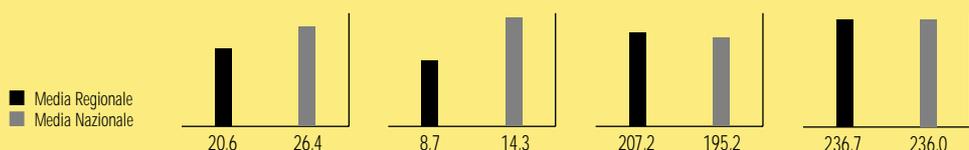
Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.13.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

USL	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. USL	Az. Osp.(a)		
Roma A	14,3		209,9	232,9
Roma B	11,0		209,9	229,6
Roma C	42,0		209,9	260,6
Roma D	8,7		209,9	227,3
Roma E	9,5		209,9	228,1
Roma F	10,4	8,7	209,9	229,0
Roma G	18,0		209,9	236,6
Roma H	23,9		209,9	242,5
Viterbo	25,3		184,1	218,1
Rieti	26,0		189,0	223,7
Latina	36,8		221,2	266,7
Frosinone	25,1		197,0	230,8



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna UsL della regione di appartenenza.

Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole UsL indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra UsL appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.14. Abruzzo

3.14.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

L'Abruzzo ha quasi 1.300.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 6 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa l'85% di quella media nazionale.

Fra le 6 aziende Usl la più piccola è quella de L'Aquila (102.560 abitanti, ovvero meno della metà della media regionale). La più grande è Pescara, seguita da Teramo ognuna con quasi 300.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (121,1%) è in linea con la media nazionale con poche differenze tra una Usl ed un'altra.

A L'Aquila vi sono quasi 1,5 vecchi per ogni bambino (indice pari a 142,2%).

La natalità (9,0‰) è anch'essa in linea con quella nazionale ed in tutte le Usl oscilla intorno a questo valore medio.

Anche per la mortalità (10,1‰) i valori sono in linea con il resto d'Italia senza apprezzabili differenze tra le diverse Usl.

3.14.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Per l'Abruzzo si rileva un reddito prodotto pro-capite inferiore alla media nazionale (23,6 milioni contro 27,2 milioni) con valori molto simili tra le singole province. Si passa infatti dal valore minimo di 22,2 milioni de L'Aquila al massimo di 24,6 milioni di Pescara. I depositi bancari, sono nettamente più bassi della media nazionale (11,5 milioni contro i 17 milioni) e passano dai 10,2 milioni di Chieti ai 12,2 milioni de L'Aquila.

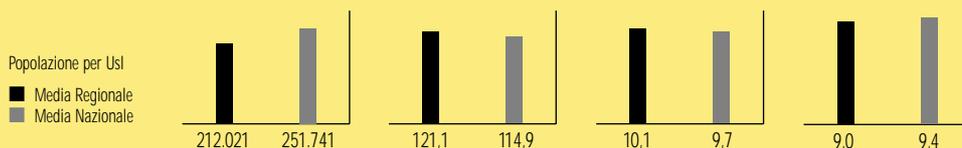
Oltre il 40% degli abitanti risulta occupato con un dato di poco superiore alla media nazionale. La provincia con il maggior numero di occupati è Teramo (45,2%), mentre quella con meno occupati è L'Aquila (40,2%).

Il tasso di disoccupazione è inferiore alla media nazionale (9,5% contro 12,1%) con una oscillazione tra le province dell'1,5% (8,8% a Teramo e 10,3% a Pescara).

Sia gli uomini che le donne registrano un tasso di disoccupazione (6,4% per i maschi e 14,7% per le donne) inferiore alla media; per gli uomini le percentuali oscillano tra il 5,6% de L'Aquila e Teramo ed il 7,1% di Chieti, mentre per le donne i valori variano tra il 14% di Teramo e il 15,6% di Pescara.

Tav. 3.14.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Avezzano/Sulmona	201.576	129,3	10,5	8,2
Chieti	175.621	114,5	9,7	9,1
Lanciano/Vasto	213.103	131,4	10,5	8,6
L'Aquila	102.560	142,2	10,8	9,4
Pescara	292.393	116,2	9,9	9,1
Teramo	286.876	109,9	9,7	9,6
Totale	1.272.129			

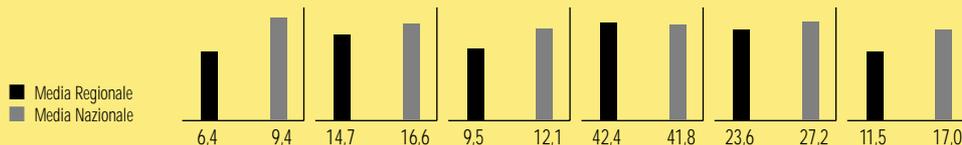


dati 1996

- (a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)
 (b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)
 (c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.14.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ.	REDDITO PRODOTTO	DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
L'Aquila	5,6	14,6	8,9	40,2	22,2	12,2
Teramo	5,6	14,0	8,8	45,2	23,5	11,9
Pescara	6,9	15,6	10,3	42,9	24,6	12,1
Chieti	7,1	14,5	9,8	41,9	23,9	10,2



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

- (a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi
 (b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine
 (c) Disoccupati diviso forze di lavoro
 (d) Occupati diviso popolazione >15 anni
 (e) Valore aggiunto diviso abitanti
 (f) Depositi bancari diviso abitanti

3.14.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori inferiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (161,9 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti contro 188,0 decessi in media nel Paese e 66,0 morti per le donne contro 76,0 medi in Italia). Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria, sono per gli uomini 102,7 contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre rapportata a 100.000 abitanti) sono invece di 26,0 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili a carenze negli interventi di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 1,7 morti contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 21,3 contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, invece, i valori dell'Abruzzo si avvicinano a quelli medi nazionali con 57,5 decessi per i maschi a fronte di una media italiana di 57,6. Per le donne si rilevano 18,7 morti contro 18,1 a livello nazionale.

A livello di singola Usl, per i maschi, Avezzano e Teramo presentano lo stesso valore pari a 175,9 morti che costituisce il dato maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Pescara con 146,4 decessi.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Pescara con 70,0 morti, di contro a Teramo si registra il valore più basso con 59,9 morti.

3.14.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Lanciano/Vasto è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 79,1% del valore medio regionale; Chieti è di contro quella con la spesa più alta pari al +20,4% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a l'Aquila (+19,2%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto è quello di Lanciano Vasto (-19,4%).

Per la medicina di base troviamo ai due estremi abbiamo Lanciano/Vasto (+2,7%) e Teramo (-5,3%).

L'ospedaliera convenzionata è molto disomogenea, variabile da Chieti (+143,7%) a Lanciano/Vasto (0,6% della media regionale).

La farmaceutica evidenzia Avezzano/Sulmona come la Usl con maggiore onere (+7,0%), mentre Teramo è quella con l'onere minore (-6,4%).

Tav. 3.14.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Avezzano / Sulmona	100,5	26,7	2,5	23,4	72,9	19,3	175,9
Chieti	102,3	26,7	0,0	12,9	49,1	21,9	151,4	61,5
Lanciano / Vasto	106,7	19,3	2,4	27,9	57,3	20,1	166,4	67,3
L'Aquila	83,9	34,8	2,6	12,0	64,3	21,0	150,8	67,8
Pescara	92,3	23,6	1,8	24,0	52,3	22,4	146,4	70,0
Teramo	119,6	29,0	1,0	20,2	55,3	10,7	175,9	59,9

Category	Media Regionale	Media Nazionale
PREVENZ. PRIMARIA MASCHI	102,7	127,4
PREVENZ. PRIMARIA FEMMINE	26,0	31,4
DIAGN. PRECOCE MASCHI	1,7	3,0
DIAGN. PRECOCE FEMMINE	21,3	26,5
IGIENE MASCHI	57,5	57,6
IGIENE FEMMINE	18,7	18,1
TUTTE LE CAUSE MASCHI	161,9	188,0
TUTTE LE CAUSE FEMMINE	66,0	76,0

dati 1994

Tav. 3.14.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Avezzano/Sulmona	90,6	86,1	101,6	107,3	107,0
Chieti	120,4	104,3	100,9	243,7	96,8
Lanciano/Vasto	79,1	80,6	102,7	0,6	99,6
L'Aquila	104,9	119,2	101,9	53,4	98,9
Pescara	115,4	104,9	101,1	198,6	104,0
Teramo	93,8	111,6	94,7	3,4	93,6
Media regionale spesa UsI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsI della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsI

3.14.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera abruzzese presenta un indice (letti pubblici e privati) di 6,9 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. I posti letto, in assenza di Aziende ospedaliere, si concentrano soprattutto negli ospedali delle Usl (5,8 letti contro 3,2 posti letto medi nazionali), a questi si aggiunge una quota di 1,1 letti privati, in linea con la media nazionale.

La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando dai 4,7 posti letto di Lanciano\Vasto agli 11,1 posti letto per 1.000 abitanti de L' Aquila. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale dell'80,5% (77,6% in media nazionale), L'Aquila utilizza il 68,6% dei posti letto mentre Chieti ne utilizza il 92,9%.

3.14.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è superiore alla media nazionale (18,3 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di meno di 1 a 3 con gli infermieri (che sono 54,7 ogni 10.000 abitanti a fronte dei 38,0 mediamente presenti in Italia).

Il minor numero di medici è quello di Pescara (17,1) compensato da 3 infermieri per medico (53,7).

Di contro a L'Aquila abbiamo 22,8 medici per 10.000 abitanti con 73,8 infermieri (anche in questo caso 3 per medico).

3.14.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea della media nazionale (1.011,8 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

Analogamente i bambini assistiti per pediatra aumentano 1.288,5 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

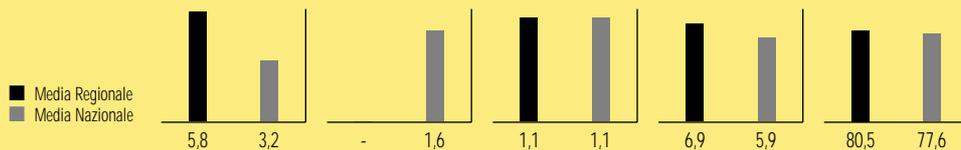
A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 827,1 scelte de L'Aquila, alle 1.052,8 di Lanciano\Vasto. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra si registra a Chieti con 6.870,1 assistiti per medico.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 5,1 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 38.700 lire di poco superiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Teramo si prescrivono in media 2,2 ricette di importo medio pari a 32.300 lire, mentre in quella di L'Aquila e Chieti le ricette sono 6,0 di importo rispettivamente pari a 38.300 e 37.700 lire.

Tav. 3.14.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI			TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (b)	
	OSP. Usl (a)	Az. Osp.	IST. PRIV. ACCRED.		
Avezzano/Sulmona	4,9	-	1,7	6,6	81,6
Chieti	6,7	-	-	6,7	92,9
Lanciano/Vasto	4,7	-	-	4,7	70,7
L'Aquila	10,1	-	1,0	11,1	68,6
Pescara	4,3	-	3,3	7,6	84,8
Teramo	6,6	-	-	6,6	82,8



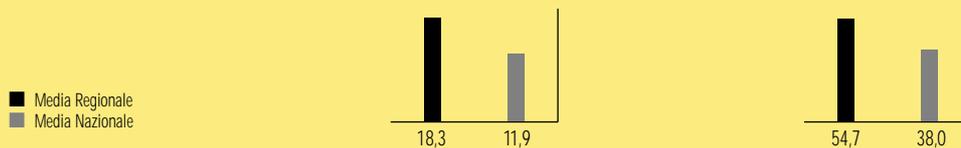
dati 1996

(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.14.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)

Usl	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Avezzano/Sulmona	18,2	45,5
Chieti	18,2	58,1
Lanciano/Vasto	18,1	46,0
L'Aquila	22,8	73,8
Pescara	17,1	53,7
Teramo	18,3	59,6

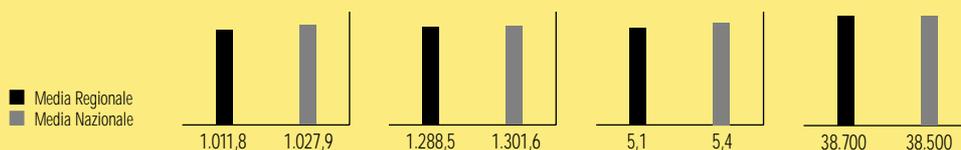


dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.14.7. - Medicina di base

Usl	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORNO MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Avezzano / Sulmona	1.027,1	1.243,0	5,9	40.100
Chieti	1.050,6	6.870,1	6,0	37.700
Lanciano / Vasto	1.052,8	1.000,6	5,9	38.900
L'Aquila	827,1	676,8	6,0	38.300
Pescara	1.019,0	1.017,5	5,7	39.000
Teramo	1.023,4	1.814,2	2,2	32.300



dati 1996

(a) Assistiti >14 anni diviso medici

(b) Assistiti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.14.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 355.800 lire, a fronte delle 374.100 lire pro-capite spese mediamente in Italia. I consumi in quantità sono in linea con la media nazionale (24,6 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Pescara è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (387.200 lire pro-capite), che di confezioni (26,5 a testa).

Chieti fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (324.800 lire), e il minor numero di confezioni (22,4).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 78.800 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Abruzzo si spende di più che in Italia con una spesa media regionale di 56.300 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.14.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata) ammonta a 234.400 lire, valore che risulta essere inferiore alla media nazionale, pari a 236.000 lire pro-capite.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (42.600 contro 26.400 lire), ma di fatto in linea con la spesa farmaceutica ospedaliera in quanto in Abruzzo non esistono Aziende ospedaliere autonome. A questa quota va poi aggiunta la spesa per farmaci in convenzione che presenta valori in linea con la media (191.800 contro 195.200 lire).

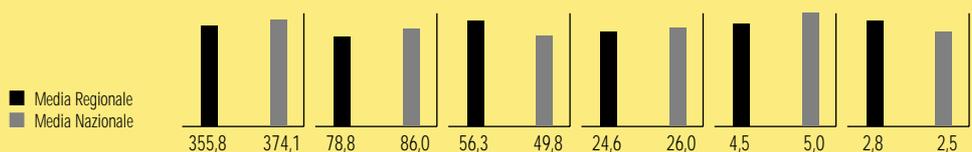
Pescara (249.000 lire) è la Usl con la spesa più alta, mentre Chieti e Lanciano/Vasto sono quelle che spendono meno (221.700 lire).

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Teramo con 50.100 lire, mentre la minore si rileva nelle 30.700 lire spese a Lanciano/Vasto, superiore alla media nazionale.

Per la farmaceutica convenzionata Avezzano/Sulmona presenta i valori più alti (205.300 lire pro-capite) e Teramo quelli più bassi (179.500 lire spese pro-capite).

Tav. 3.14.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
L'Aquila	367,6	86,6	49,6	25,2	5,1	2,4
Teramo	353,9	80,8	55,3	25,2	4,6	2,9
Pescara	387,2	79,3	63,0	26,5	4,5	3,0
Chieti	324,8	70,9	57,5	22,4	4,0	2,8



dati 1996

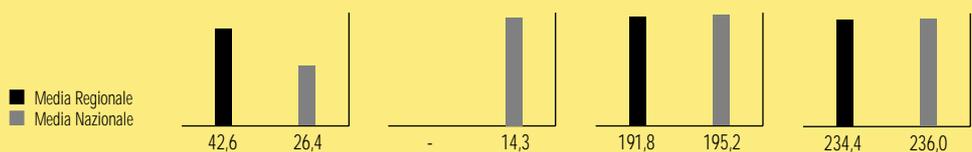
Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.14.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

USL	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. USL	Az. Osp.		
Avezzano / Sulmona	38,6	-	205,3	243,9
Chieti	36,1	-	185,6	221,7
Lanciano/Vasto	30,7	-	191,0	221,7
L'Aquila	47,3	-	189,7	237,0
Pescara	49,5	-	199,5	249,0
Teramo	50,1	-	179,5	229,6



dati 1996

3.15. Molise

3.15.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

Il Molise ha circa 330.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 4 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa il 30% di quella media nazionale.

Fra le 4 aziende Usl la più piccola è quella dell'Alto Molise, (15.015 abitanti, ovvero il 18% della media regionale). La più grande è Centro Molise, seguita da Basso Molise ognuna con oltre 100.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (121,2%) presenta valori quasi analoghi alla media nazionale in tre Usl su quattro che presentano indici tra il 119,2% e il 116,2%, mentre nella Usl Alto Molise l'indice sale a 210,4% dando luogo ad una media regionale del 121,2%, comunque in linea col resto d'Italia. La natalità è leggermente inferiore alla media nazionale (8,6‰ contro 9,4‰). Lo stesso scostamento con la media nazionale si rileva per quanto riguarda la mortalità, ma in senso inverso (10,5‰ in Molise contro 9,7‰ in Italia).

Non ci sono Usl dove la natalità supera la mortalità.

3.15.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il Molise registra un reddito prodotto pro-capite nettamente inferiore alla media nazionale (19,0 milioni contro 27,2 milioni). Tra le due province con 19,2 milioni la più "ricca" appare Campobasso.

I depositi, anch'essi inferiori alla media italiana, sono maggiori a Campobasso con 10,1 milioni, mentre Isernia arriva a 8,2 milioni.

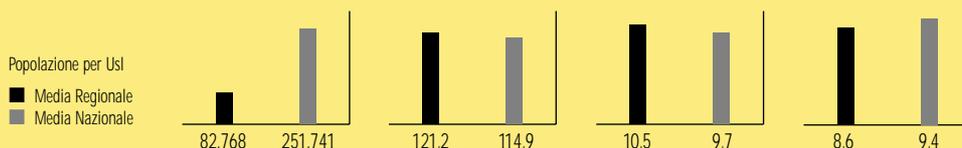
L'occupazione, fa registrare un tasso di 38,3% (meno di circa il 4% rispetto alla media nazionale) con valori analoghi nelle due province.

Il tasso di disoccupazione (16%) è più alto se confrontato con la media nazionale.

Isernia ha la percentuale più alta con 17,1% contro il 15,6% di Campobasso. Se si analizzano le medie regionali la disoccupazione femminile nella regione è il doppio di quella maschile.

Tav. 3.15.1 - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Alto Molise	15.015	210,4	14,8	7,1
Pentria	77.171	117,2	9,9	8,7
Centro Molise	133.728	119,4	10,4	8,6
Basso Molise	105.158	116,2	10,5	8,7
Totale	331.072			



dati 1996

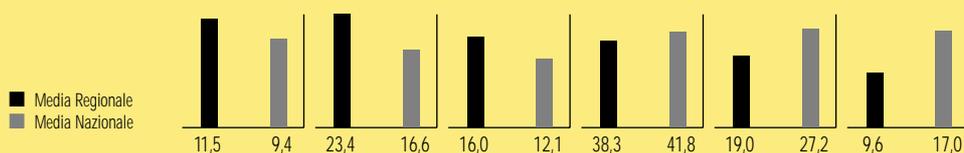
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.15.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. LORDO (d)	REDDITO PRODOTTO PRO-CAPITE (e)	DEPOS. BANCARI PRO-CAPITE (f)
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)			
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Campobasso	12,3	21,2	15,6	38,4	19,2	10,1
Isernia	9,5	28,6	17,1	38,2	18,4	8,2



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.15.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori in linea con la media nazionale sia per i maschi che per le donne (183,4 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 in media nel Paese e 74,2 decessi per le donne contro 76,0 medi in Italia). Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria sono 114,2 tra i maschi, contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre in rapporto a 100.000 abitanti), sono invece di 33,5 decessi contro i 31,4 anni a livello nazionale. I valori riferibili a carenze nella diagnosi precoce e nelle terapie sono, per i maschi di 5,7 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 21,8 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, invece, i valori del Molise risultano, per i maschi, superiori a quelli medi nazionali con 63,5 morti a fronte di una media italiana di 57,6, mentre per le donne i valori sono sostanzialmente in linea con 18,9 decessi contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Alto Molise con 229,3 morti, presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Pentria con 156,3 decessi.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Centro Molise con 92,0 morti, di contro Basso Molise registra il valore più basso con 58,7 morti.

3.15.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Basso Molise è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 95,7% del valore medio regionale; Pentria è di contro quella con la spesa più alta pari a +10,0% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta nell'Alto Molise (+9,8%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Centro Molise (-7,3%).

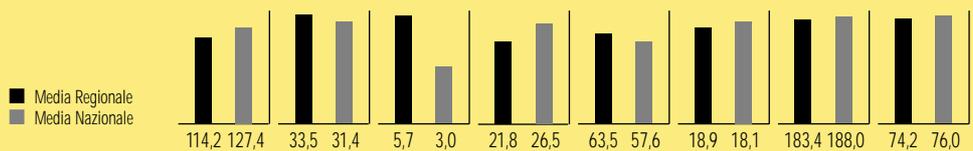
Per la medicina di base troviamo ai due estremi Basso Molise (+3,4%) e Centro Molise (-2,7%).

L'ospedaliera convenzionata ha agli estremi Centro Molise (+40,4%) e Alto Molise (-29,5%).

La farmaceutica evidenzia Centro Molise come la Usl con maggiore onere (+4,4%), mentre Alto Molise è quella con l'onere minore (-14,3%).

Tav. 3.15.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Alto Molise	128,3	57,6	31,6	33,7	69,4	0,0	229,3
Pentria	93,1	16,5	4,4	11,1	58,8	36,0	156,3	63,6
Centro Molise	119,1	48,5	2,0	29,7	58,2	13,8	179,3	92,0
Basso Molise	121,8	24,4	7,6	17,8	72,4	16,5	201,8	58,7



dati 1994

Tav. 3.15.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Alto Molise	103,2	109,8	98,4	70,5	85,7
Pentria	110,0	109,2	100,5	74,0	101,8
Centro Molise	97,3	92,7	97,3	140,4	104,4
Basso Molise	95,7	101,0	103,4	72,6	95,4
Media regionale spesa Usl	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle Usl della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola Usl

3.15.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera del Molise ha un indice (posti letto pubblici e privati) di 5,4 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. All'interno della rete ospedaliera solo i posti letto degli ospedali delle Usl sono superiori alla media nazionale (4,6 contro 3,2 posti letto per 1.000 abitanti), inferiore alla media nazionale i posti letto delle Aziende ospedaliere (0,3 contro 1,6 posti letto per 1.000 abitanti); anche gli Istituti privati accreditati con 0,5 posti letto per 1.000 abitanti risultano inferiori a quelli nazionali (1,1).

La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando dai 4,9 posti letto di Basso Molise ai 9,6 posti letto per 1.000 abitanti di Alto Molise.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale (78,9%) leggermente superiore alla media nazionale (+ 1,3%), si rilevano valori che vanno dal 73,4% di Alto Molise, all'80,6 % di Centro Molise.

3.15.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è di molto superiore alla media nazionale (19,8 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di circa 1 a 2,5 con gli infermieri (che sono 52,6 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 in Italia).

Il minor numero di medici è quello di Centro Molise (17,6) compensato da quasi 3 infermieri per medico (46,3).

Di contro a Alto Molise abbiamo 27,3 medici per 10.000 abitanti con 65,9 infermieri (in questo caso oltre 2 per medico).

3.15.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (992 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

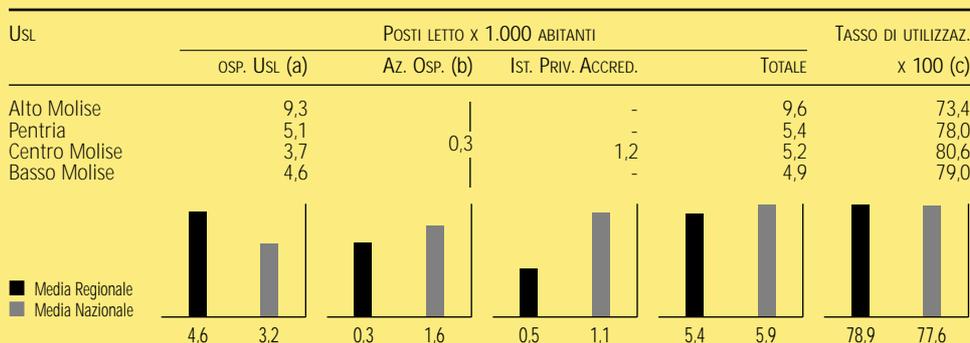
I bambini assistiti per pediatra, invece, ammontano a 1.585,1 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 935,2 scelte di Alto Molise, alle 1.031,8 di Basso Molise. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Centro Molise pari a 1.931,5.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 5 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 38.400 lire appena inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Centro Molise si prescrivono in media 4,7 ricette di importo medio pari a 38.600 lire, mentre in quella di Pentria ed Alto Molise le ricette sono 5,4 di importo pari a 38.400 e 34.700 lire rispettivamente.

Tav. 3.15.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

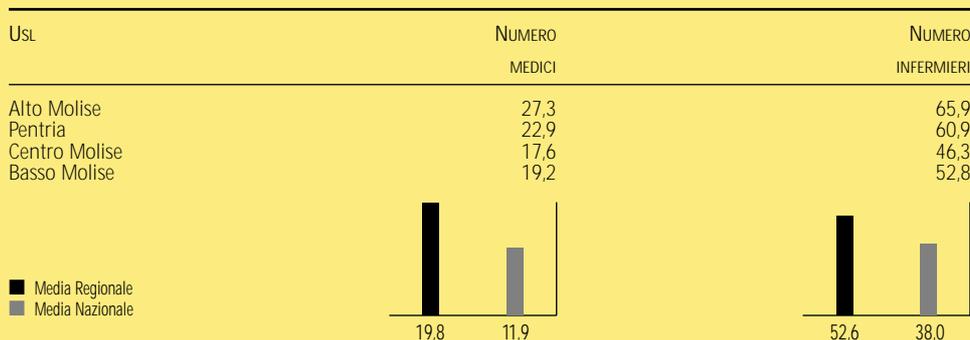
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

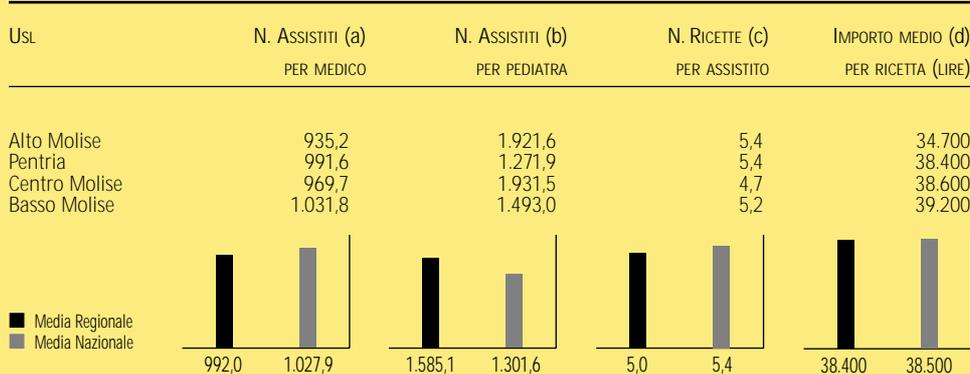
Tav. 3.15.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.15.7. - Medicina di base



dati 1996

(a) Assistenti >14 anni diviso medici

(b) Assistenti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.15.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 284.200, un valore nettamente inferiore alla spesa media nazionale pari a 374.100 lire pro-capite. Lo stesso vale per quanto riguarda i consumi in quantità (19,4 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Isernia è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (298.800 lire pro-capite), che di confezioni (21,2 a testa).

Campobasso fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (278.400), e il minor numero di confezioni (18,7).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 64.500 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Più bassi, pur se di poco, anche i consumi di antibiotici, con una spesa media regionale di 46.600 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

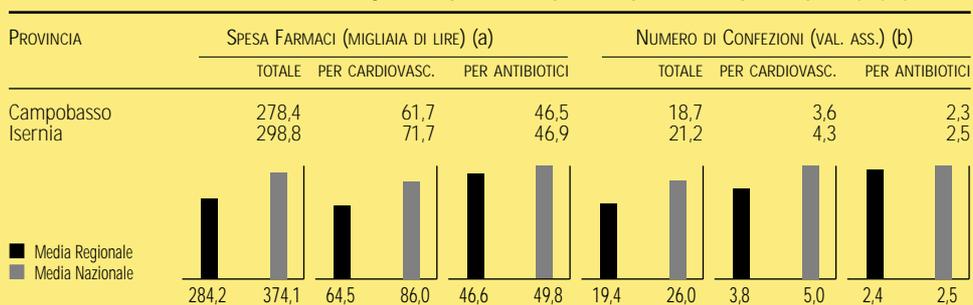
3.15.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in relazione alla popolazione pesata) ammonta a 218.300 lire contro le 236.000 lire pro-capite.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale (36.900 contro 26.400 lire), e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (inferiore alla media nazionale, 181.400 contro 195.200 lire).

Centro Molise (228.700 lire) è la Usl che presenta i valori di spesa complessiva a carico del Ssn più alti. Alto Molise è quella che spende meno (207.700 lire). Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha ancora ad Alto Molise con 52.200 lire, mentre la minore si rileva a Pentria con 33.000 lire. Per la farmaceutica convenzionata Centro Molise è al primo posto (189.400 lire), Alto Molise (155.500 lire spese pro-capite) all'ultimo.

Tav. 3.15.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)



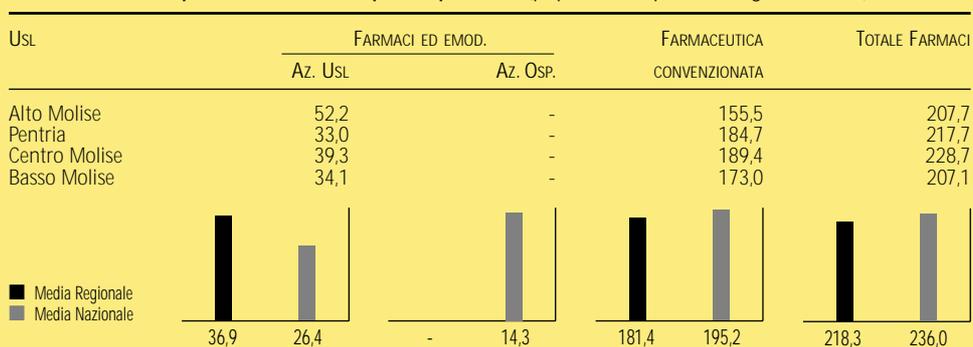
dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.15.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

3.16. Campania

3.16.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Campania ha quasi 5.800.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 13 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa il 77% in più della media nazionale.

Fra le 13 aziende Usl la più piccola è quella di Avellino 1 (174.805 abitanti, ovvero il 40% della media regionale). La più grande è Napoli 1, seguita da Napoli 5, con circa 1.000.000 abitanti la prima e circa 660.000 abitanti la seconda.

L'indice di vecchiaia (61,9%) è pari a poco più della metà di quello medio nazionale, e presenta notevoli differenze tra le Usl esistenti.

In 4 Usl di cui 3 di Napoli, il tasso scende al di sotto del 50% con una punta minima del 29,6% a Napoli 3, mentre il valore massimo è del 120,8% e si registra ad Avellino 1.

La natalità (12,9‰) è superiore alla media nazionale, con un picco del 15,9‰ a Napoli 2 cui fa riscontro il 9,7‰ di Avellino 1.

La mortalità (8,2‰) è inferiore alla media nazionale, si distingue Avellino 1 (10,3‰) che supera Napoli 1 (10,1‰), mentre all'estremo opposto troviamo Napoli 2 (5,8‰).

3.16.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

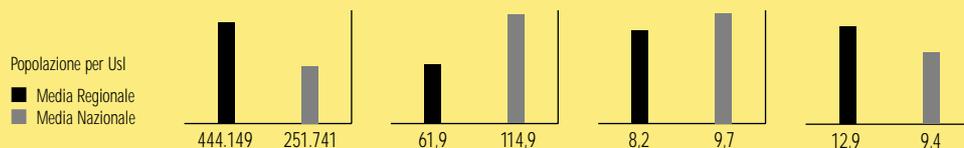
Il reddito prodotto medio pro-capite campano (17,3 milioni) è nettamente inferiore di quello nazionale (27,2 milioni) ed è uniforme in tutte le province tranne Caserta (15,6 milioni). Infatti varia tra i 17,2 milioni di Benevento ed i 18,00 milioni di Avellino.

I depositi bancari medi sono pari a 10,3 milioni e variano tra gli 11,3 milioni di Napoli e gli 8 milioni di Caserta, con un valore nettamente più basso della media nazionale. Solo il 32,8% degli abitanti risulta occupato; a Napoli addirittura si arriva al 30%. La soglia del 40% è superata solo a Benevento (41,4%).

Il tasso di disoccupazione è più del doppio di quello nazionale (25,6% contro 12,1%); a Caserta si arriva al 29,8% mentre a Benevento si contiene il dato al 17,2%. Elevatissima la disoccupazione femminile, 34%, e molto alta anche quella maschile (21,4%).

Tav. 3.16.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Avellino 1	174.805	120,8	10,3	9,7
Avellino 2	267.069	82,1	8,8	10,9
Benevento 1	295.658	105,8	9,9	10,1
Caserta 1	392.776	64,7	7,9	12,3
Caserta 2	451.151	47,5	7,5	14,0
Napoli 1	1048.054	76,3	10,1	13,9
Napoli 2	478.649	37,1	5,8	15,9
Napoli 3	390.446	29,6	5,9	15,2
Napoli 4	529.842	40,3	6,8	14,5
Napoli 5	657.765	57,2	7,9	12,4
Salerno 1	264.535	52,3	7,5	13,1
Salerno 2	548.007	74,3	8,1	10,7
Salerno 3	275.180	104,6	9,4	9,9
Totale	5.773.937			



dati 1996

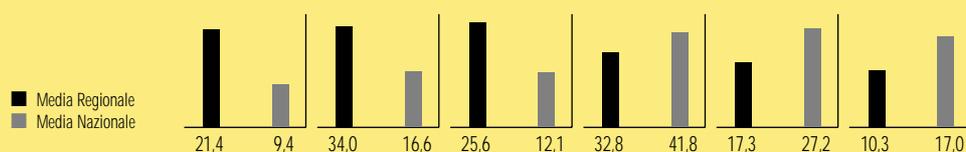
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.16.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. LORDO (d)	REDDITO PRODOTTO PRO-CAPITE (e)	DEPOS. BANCARI PRO-CAPITE (f)
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)			
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Caserta	24,5	39,8	29,8	31,4	15,6	8,0
Benevento	16,2	18,8	17,2	41,4	17,2	8,8
Napoli	23,5	37,7	27,8	30,1	17,6	11,3
Avellino	13,1	30,2	19,4	39,8	18,0	9,8
Salerno	18,0	29,1	22,0	36,3	17,3	9,9



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.16.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori leggermente superiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne, (202,1 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese e 81,2 decessi per le donne contro 76,0 medi in Italia. Tra le morti, quelle evitabili con interventi di prevenzione primaria, presentano invece valori in linea con la media: per gli uomini 123,5 (sempre ogni 100.000 abitanti), contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne 30,1 morti contro 31,4 a livello nazionale. In linea anche i valori riferibili a carenze di diagnosi precoce e terapia, dove si registrano, per i maschi, 2,9 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, 27,3 morti contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e all'assistenza sanitaria i valori salgono sia per gli uomini che per le donne, che evidenziano, rispettivamente, 75,7 morti a fronte di una media italiana di 57,6, e 23,8 decessi contro 18,1 nazionali. A livello di singola Usl, per i maschi, Caserta 2 con 248,7 presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Salerno 3 con 148,6 decessi.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Napoli 1 con 99,4 morti, di contro Avellino 2 registra il valore più basso con 56,9 decessi.

3.16.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Avellino 1 è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 77,0% del valore medio regionale; Salerno 1 è di contro quella con la spesa più alta pari a +49,7% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha il valore estremo a Salerno 1 (+82,4%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Avellino 2 (-42,7%).

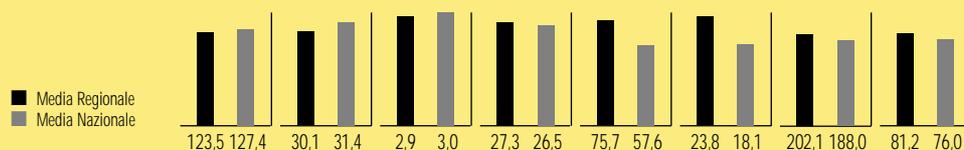
Per la medicina di base troviamo ai due estremi Avellino 1 (+38,5%) e Napoli 2 (-15,0%).

L'ospedaliera convenzionata, poco difforme, ha agli estremi Avellino 2 (72,7%) e Napoli 3 (-49,6%).

La farmaceutica evidenzia Napoli 3 come la Usl con maggiore onere (+20,7%), mentre Salerno 3 è quella con l'onere minore (-24,5%).

Tav. 3.16.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

UsL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Avellino / 1	100,3	30,3	0,0	28,5	52,3	21,5	152,6
Avellino / 2	92,3	16,7	3,4	19,0	70,0	21,2	165,7	56,9
Benevento	106,9	21,9	0,0	18,3	65,1	22,0	172,0	62,2
Caserta / 1	132,1	30,9	3,7	20,6	70,3	23,1	206,1	74,6
Caserta / 2	175,1	35,9	3,3	31,9	70,3	21,1	248,7	88,9
Napoli / 1	146,6	39,1	4,8	34,5	90,6	25,8	242,0	99,4
Napoli / 2	112,3	27,1	2,8	24,0	84,3	19,4	199,4	70,5
Napoli / 3	132,4	28,5	2,4	27,2	75,5	27,9	210,3	83,6
Napoli / 4	131,0	35,4	2,1	28,3	96,4	28,9	229,5	92,6
Napoli / 5	108,0	24,1	2,7	27,0	64,2	29,2	174,9	80,3
Salerno / 1	119,5	30,0	3,8	25,0	87,2	31,8	210,5	86,8
Salerno / 2	117,2	29,6	2,6	29,1	68,4	18,8	188,2	77,5
Salerno / 3	79,9	21,6	2,9	20,3	65,8	18,2	148,6	60,1



dati 1994

Tav. 3.16.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

UsL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Avellino 1	77,0	79,6	138,6	51,1	77,9
Avellino 2	82,8	57,3	97,7	172,8	94,3
Benevento 1	78,3	64,5	115,3	114,5	88,1
Caserta 1	101,4	102,4	107,5	130,2	89,9
Caserta 2	95,8	98,5	107,3	82,7	100,5
Napoli 1	133,8	144,2	95,5	121,3	112,3
Napoli 2	84,5	80,5	85,0	80,9	92,6
Napoli 3	77,3	66,6	96,1	50,4	120,7
Napoli 4	87,2	77,2	95,2	102,9	109,1
Napoli 5	97,5	97,9	94,4	87,1	107,0
Salerno 1	149,7	182,4	105,5	62,5	118,9
Salerno 2	91,6	90,8	94,8	96,3	84,5
Salerno 3	82,6	84,9	115,9	81,3	75,5
Media regionale spesa UsL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

3.16.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera campana ha un indice di 4,7 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. I posti letto degli ospedali delle Usl sono inferiori alla media nazionale (2,2 contro i 3,2 per 1.000 abitanti); in linea, invece, i posti letto per 1.000 abitanti delle Aziende ospedaliere (1,3); la media regionale dei posti letto degli Istituti privati accreditati, infine, coincide con quella media nazionale: 1,1 posti letto per 1.000 abitanti.

La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando da 1,9 posti letto di Napoli 3 ai 13,3 posti letto per 1.000 abitanti di Salerno 1.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 77,2% (77,6% in media nazionale), Caserta 1 utilizza il 71,9% dei posti letto mentre Salerno 1 ne utilizza l'83,0%.

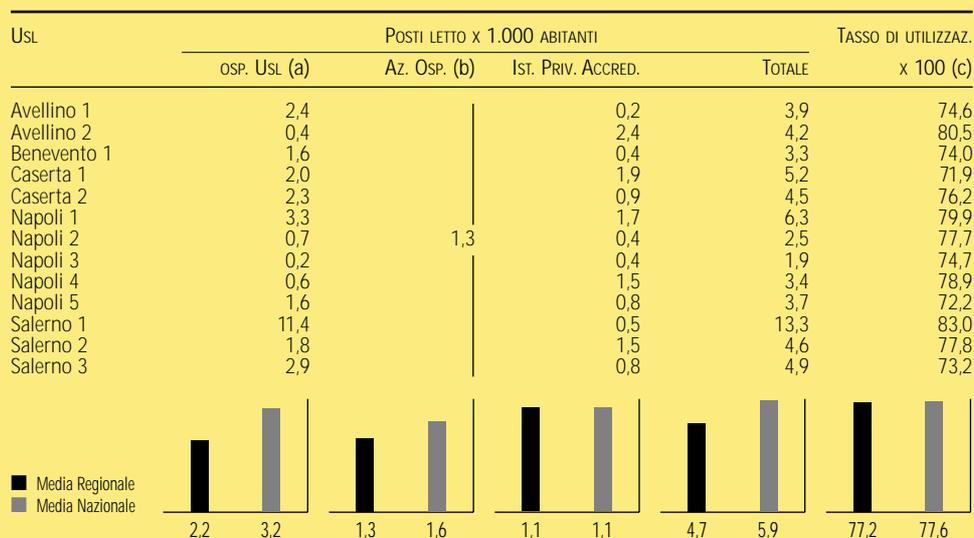
3.16.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è in media nazionale (12 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di 1 a 2,6 con gli infermieri (che sono 31,2 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 in Italia).

Il minor numero di medici si rileva a Napoli 3 (3,7) compensato da 3 infermieri per medico (9,9).

Di contro a Salerno 1 si registrano 21,1 medici per 10.000 abitanti con 64,2 infermieri (sempre con 3 infermieri per medico).

Tav. 3.16.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

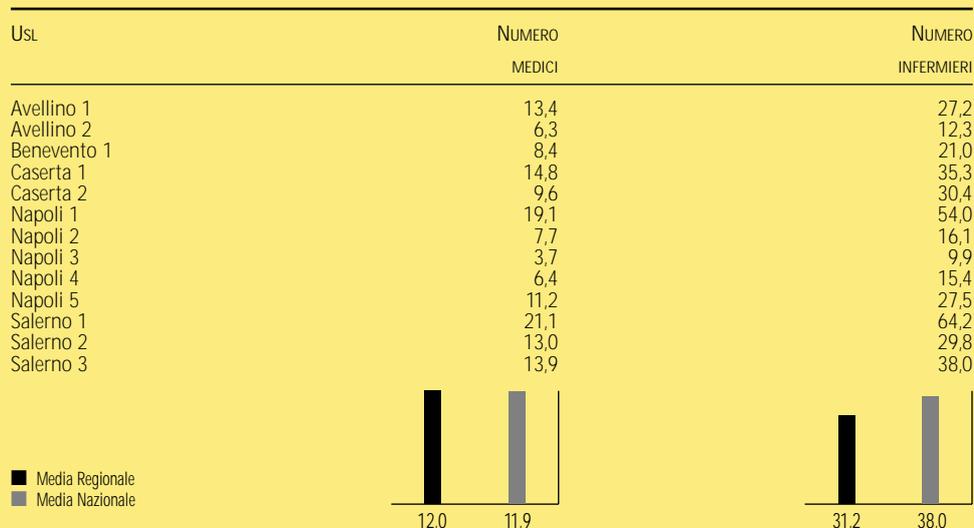
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.16.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.16.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (1.034,9 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra sono pari a 2.085,1 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl si passa dalle 850,6 scelte di Salerno 1, alle 1.459,1 di Napoli 5. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Napoli 4 pari a 6.429,7.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 6 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 41.400 lire superiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Avellino 1 e Salerno 3 si prescrivono in media 4,3 ricette di importo medio pari rispettivamente a 39.400 e 51.700 lire, mentre in quella di Napoli 1 le ricette sono 7,5 di importo pari a 41.100 lire.

3.16.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 415.000 lire, contro le 374.100 lire pro-capite spese mediamente in Italia. Per quanto riguarda i consumi in quantità, la Campania presenta invece valori in linea con la media nazionale (26,8 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

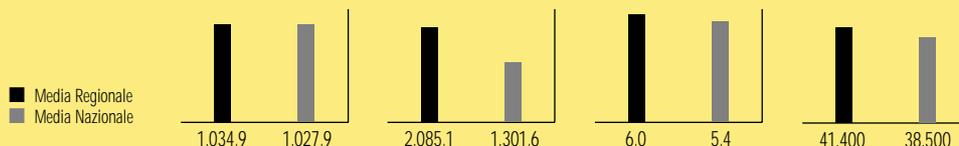
La provincia di Napoli è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (468.800 lire pro-capite), che di confezioni (30,2 a testa).

Salerno fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (317.900 lire), e il minor numero di confezioni (20,3).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore leggermente più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 82.400 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Campania si spende molto di più che in Italia con una spesa media regionale di 82.600 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.16.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Avellino / 1	1.003,5	1.830,9	4,3	39.400
Avellino / 2	1.005,0	2.631,2	5,8	40.700
Benevento	1.091,4	2.326,9	6,0	43.700
Caserta / 1	971,0	2.029,3	5,6	44.400
Caserta / 2	957,1	2.146,1	6,1	41.800
Napoli / 1	1.008,4	1.445,2	7,5	41.100
Napoli / 2	1.065,1	1.502,4	5,0	44.300
Napoli / 3	920,2	1.845,8	6,1	39.700
Napoli / 4	1.072,8	6.429,7	5,5	48.400
Napoli / 5	1.459,1	3.267,0	5,9	34.100
Salerno / 1	850,6	1.517,5	6,9	37.000
Salerno / 2	1.010,3	2.927,5	5,6	38.400
Salerno / 3	972,3	1.643,7	4,3	51.700

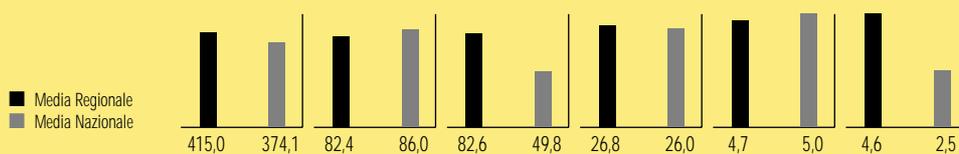


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.16.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Caserta	415,4	83,8	81,0	27,6	4,8	4,8
Benevento	411,8	87,8	80,0	25,9	5,0	4,2
Napoli	468,8	89,2	95,6	30,2	5,1	5,3
Avellino	318,0	70,2	60,7	20,6	4,0	3,3
Salerno	317,9	67,6	60,4	20,3	3,9	3,2



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
 (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.16.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

Nella Regione Campania la spesa pro-capite media totale in farmaci (sempre in termini di popolazione pesata) a carico del Ssn ammonta a 294.900 lire, contro le 236.000 lire pro-capite in media nazionale.

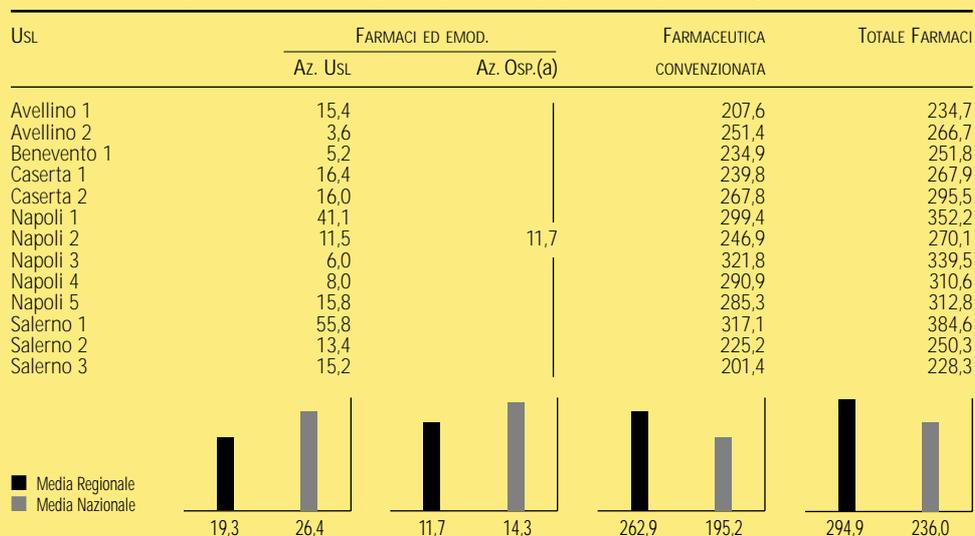
Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (19.300 contro 26.400 lire), di quella spesa dalle Aziende ospedaliere, inferiore anch'essa alla media nazionale (11.700 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (di contro superiore alla media nazionale, 262.900 contro 195.200 lire).

Complessivamente Salerno 1 (384.600 lire) è la Usl che spende di più, mentre Salerno 3 è in coda con 228.300 lire.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Salerno 1 con 55.800 lire, mentre la minore si rileva nelle 3.600 lire spese a Avellino 2.

Per la farmaceutica convenzionata Napoli 3 ha la spesa maggiore (321.800 lire), Salerno 3 la più bassa (201.400 lire spese pro-capite).

Tav. 3.16.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

- (a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.17. Puglia

3.17.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Puglia ha poco più di 4.000.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 12 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa il 36% in più di quella media nazionale.

Fra le 12 aziende Usl la più piccola è quella di Bari 3 (213.781 abitanti, comunque più della metà della media regionale). La più grande è Taranto, seguita da Bari 4, ognuna con circa 600.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (76,2%) è inferiore alla media nazionale, con poche differenze tra una Usl ed un'altra. Il valore più basso si trova a Foggia 2 (62,4%) il più alto a Bari 5 (87,6%).

La natalità (11‰) è in media più elevata della media nazionale (9,4‰), con un picco del 13,7‰ a Bari 3; per l'indice di mortalità (7,8‰) si registrano valori al di sotto della media nazionale, spicca Foggia 3 con l'8,7‰. In tutte le Usl la natalità supera la mortalità.

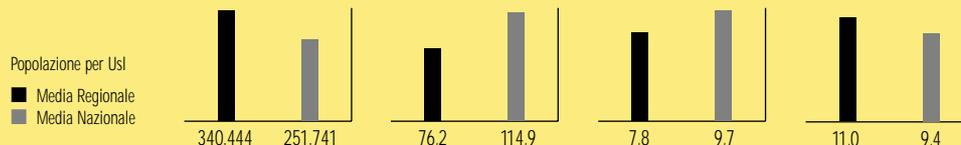
3.17.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite in Puglia si attesta sui 17,4 milioni (contro i 27,2 milioni di media nazionale); la provincia più ricca è Bari (19,4 milioni), all'opposto Lecce con 14,8 milioni.

I depositi bancari si attestano ai 10,9 milioni (contro i 17 milioni) nazionali registrando in Taranto (9,1) quella con meno depositi ed in Bari (13 milioni) quella con più depositi. Gli occupati arrivano al 35,1% della popolazione (quasi il 7% in meno alla media nazionale) passando dal 38,3% di Brindisi al 33,2% di Lecce. La disoccupazione è al 17,8% (+5,7% rispetto alle media nazionale) e fa registrare a Lecce il 20,9%, mentre si abbassa al 15,1% a Brindisi. Più di una donna su 4 è disoccupata, il massimo si osserva a Lecce con il 30,7%, mentre per gli uomini si oscilla tra l'11,8% di Brindisi ed il 16,5% di Taranto.

Tav. 3.17.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Bari 1	239.657	72,8	8,3	12,3
Bari 2	279.985	69,9	7,9	11,3
Bari 3	213.781	65,8	7,3	13,7
Bari 4	591.229	73,0	7,2	10,4
Bari 5	238.457	87,6	8,0	10,5
Brindisi	413.178	79,1	8,0	10,6
Foggia 1	220.766	78,9	8,5	11,9
Foggia 2	214.955	62,4	7,0	13,0
Foggia 3	263.391	89,3	8,7	10,5
Lecce 1	474.762	84,9	8,0	9,9
Lecce 2	343.026	84,2	8,2	10,8
Taranto	592.141	69,7	7,3	10,8
Totale	4.085.328			



dati 1996

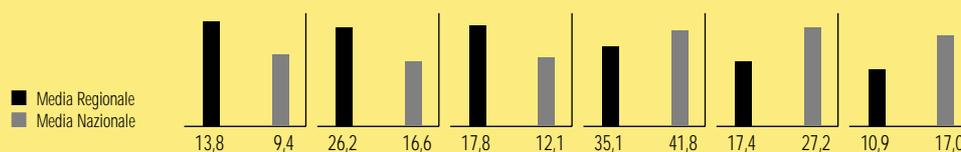
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.17.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Foggia	13,6	26,9	17,5	33,6	15,5	10,6
Bari	12,8	23,7	15,9	36,5	19,4	13,0
Taranto	16,5	28,8	20,6	33,9	18,6	9,1
Brindisi	11,8	20,8	15,1	38,3	16,2	10,0
Lecce	15,3	30,7	20,9	33,2	14,8	9,2



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.17.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori leggermente inferiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (172,4 morti tra i maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 decessi in media nel Paese e 69,7 morti per le donne contro 76,0 medi in Italia). Tra i decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria sono per gli uomini 119,7 contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre in rapporto a 100.000 abitanti), sono invece di 25,6 morti contro 31,4 anni a livello nazionale. I valori riferibili a carenze di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi, di 2,9 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 26,2 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria per i maschi si hanno 49,8 morti evitabili a fronte di una media italiana di 57,6, mentre per le donne i valori sono di 17,9 morti contro i 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Foggia 3 con 218,3 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Bari 3 con 134,1 morti.

Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Foggia 2 con 87,2 morti, di contro Lecce 2 registra il valore più basso con 56,1 decessi.

3.17.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Foggia 2 è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 81,6% del valore medio regionale; Bari 2 è di contro quella con la spesa più alta pari a +24,9% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

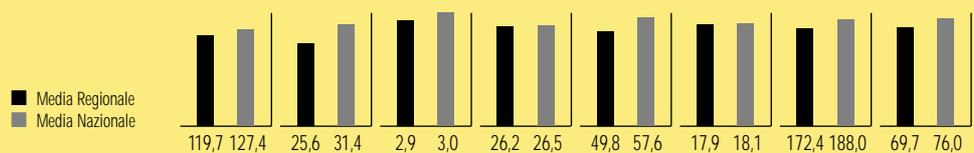
La spesa diretta (personale più beni e servizi) è maggiore a Foggia 3 (+35,2%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Foggia 2 (-23,1%).

Per la medicina di base i due estremi sono Lecce 2 (+6,2%) e Brindisi (-7,4%). L'ospedaliera convenzionata ha invece agli estremi Bari 2 (+103,8%) e Lecce 2 (-41,5%).

La farmaceutica evidenzia Bari 4 come la Usl con maggiore onere (+15,1%), mentre Foggia 1 è quella con l'onere minore (-15,9%).

Tav. 3.17.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Bari / 1	114,6	42,4	1,4	14,6	38,7	22,7	154,7
Bari / 2	105,7	29,8	1,9	31,6	41,5	19,4	149,1	80,8
Bari / 3	84,5	16,9	2,5	31,9	47,1	15,3	134,1	64,1
Bari / 4	100,1	26,7	4,5	23,2	52,4	17,6	157,0	67,5
Bari / 5	109,0	20,1	3,7	32,0	33,3	14,9	146,0	67,0
Brindisi	129,3	26,2	2,1	30,2	59,2	20,8	190,6	77,2
Foggia / 1	111,9	20,0	5,5	24,6	36,3	15,4	153,7	60,0
Foggia / 2	111,6	40,2	0,9	26,0	35,9	21,0	148,4	87,2
Foggia / 3	148,7	16,8	1,1	27,4	68,5	24,0	218,3	68,2
Lecce / 1	133,1	24,1	3,5	26,1	43,0	16,9	179,6	67,1
Lecce / 2	115,7	22,4	1,6	24,9	53,4	8,8	170,7	56,1
Taranto	142,4	25,7	3,7	25,5	61,6	19,5	207,7	70,7



dati 1994

Tav. 3.17.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Bari 1	104,1	118,8	102,3	60,3	105,8
Bari 2	124,9	108,6	102,5	203,8	101,8
Bari 3	87,5	83,7	103,0	85,0	100,2
Bari 4	115,4	101,3	96,3	168,7	115,1
Bari 5	106,0	119,8	101,0	83,3	92,5
Brindisi	86,0	91,6	92,6	67,6	85,4
Foggia 1	84,9	81,3	105,7	58,9	84,1
Foggia 2	81,6	76,9	101,5	67,2	95,5
Foggia 3	123,7	135,2	97,6	133,5	94,1
Lecce 1	92,1	96,4	100,1	69,2	103,8
Lecce 2	96,8	110,3	106,2	58,5	99,5
Taranto	93,1	84,5	100,2	102,8	103,2
Media regionale spesa UsI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsI della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsI

3.17.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera pugliese presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 6,5 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. Gli ospedali dell'Usl contano su una dotazione superiore a quella nazionale (4,2 contro 3,2 posti letto per 1.000 abitanti); le Aziende ospedaliere sono invece in linea con la media (1,6 posto letto per 1.000 abitanti); leggermente inferiori i posti letto negli Istituti privati accreditati (0,7 contro 1,1 media nazionale).

La distribuzione territoriale è piuttosto disomogenea, variando dai 4,4 posti letto di Foggia 2 ai 13,8 posti letto per 1.000 abitanti di Bari 2.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 73,3% (77,6% in media nazionale), Bari 5 utilizza il 66,2% dei posti letto mentre Bari 2 ne utilizza il 76,2%.

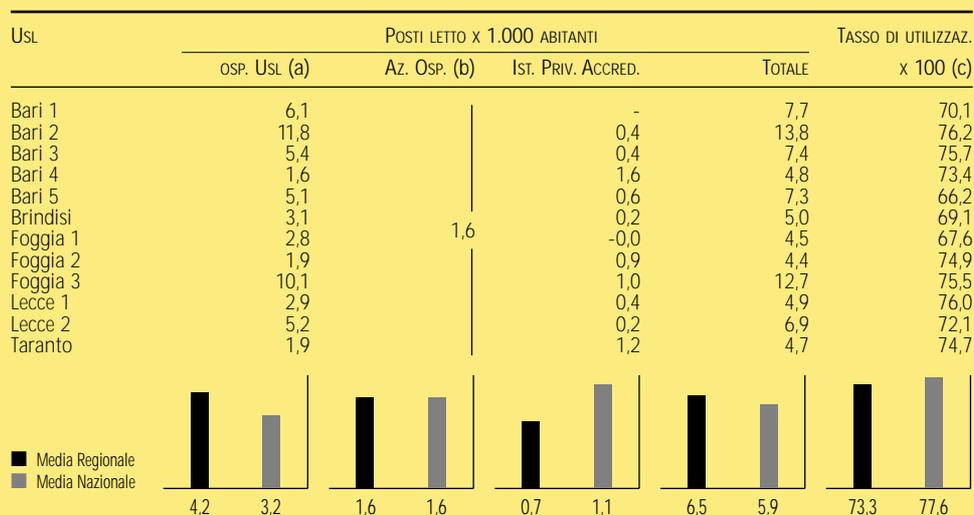
3.17.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è di poco inferiore alla media nazionale (10,3 contro 11,9 per 10.000 abitanti, con un rapporto di circa 1 a 3 con gli infermieri (che sono 32,6 ogni 10.000 abitanti, sono invece 38,0 in Italia).

Il minor numero di medici è quello di Bari 4 (6,5) compensato da quasi 4 infermieri per medico (23,2).

Di contro a Foggia 3 abbiamo 17,1 medici per 10.000 abitanti con 47,2 infermieri (in questo caso meno di 3 per medico).

Tav. 3.17.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata



dati 1996

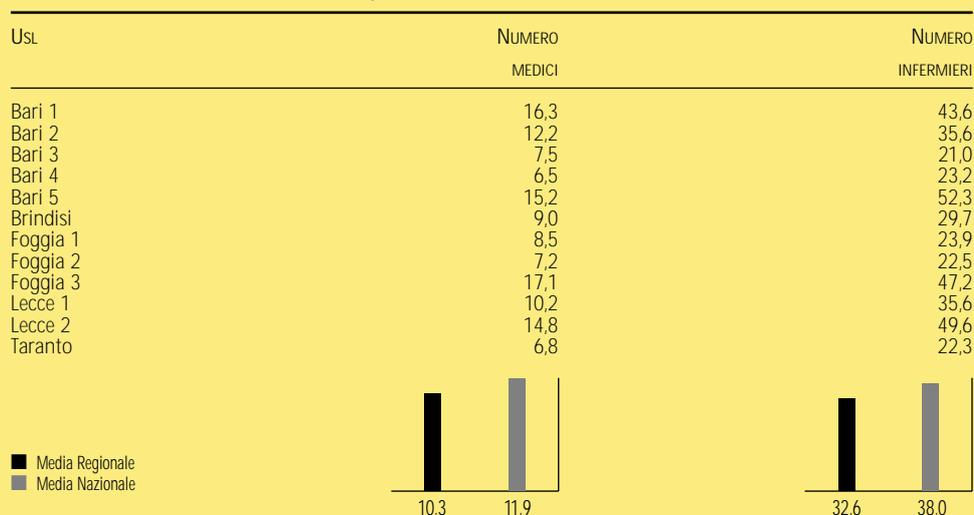
(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.17.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)



dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.17.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (1.012,9 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra sono 1.492,8 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è alta per quanto concerne il medico di base, passando dalle 796,2 scelte di Foggia 3, alle 2.079,4 di Bari 3. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Foggia 3 pari a 9.207,6.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 5,6 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 38.400 lire in linea con la media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Bari 3 si prescrivono in media 4,6 ricette di importo medio pari a 40.400 lire, mentre in quella di Foggia 2 le ricette sono 8,8 di importo pari a 21.400 lire.

3.17.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 371.200 lire, in linea con la spesa media italiana 374.100 lire pro-capite. Poco più alti i consumi in quantità (24 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

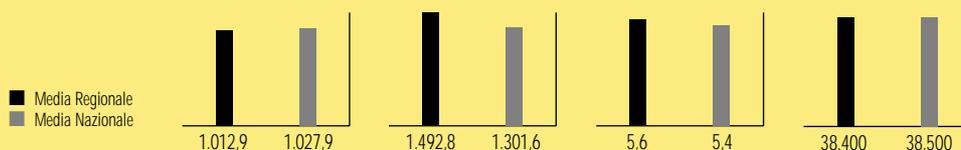
La provincia di Taranto è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa, (411.300 lire pro-capite), che di confezioni, dove ha però lo stesso valore di Foggia, (26,9 a testa).

Lecce fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (313.600 lire), e il minor numero di confezioni (20,2).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 80.600 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Puglia si spende più che in Italia con una spesa media regionale di 65.300 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.17.7. - Medicina di base

USL	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Bari / 1	1.079,2	1.499,4	5,3	40.900
Bari / 2	1.055,4	1.209,9	5,1	40.100
Bari / 3	2.079,4	2.545,5	4,6	40.400
Bari / 4	1.049,4	1.110,3	5,4	49.300
Bari / 5	1.058,9	1.121,7	5,1	39.000
Brindisi	892,6	1.429,9	5,1	34.900
Foggia / 1	1.043,1	6.055,5	5,6	35.700
Foggia / 2	1.006,9	1.947,4	8,8	21.400
Foggia / 3	796,2	9.207,6	5,0	39.200
Lecce / 1	992,2	1.036,2	5,9	37.000
Lecce / 2	1.053,9	1.637,3	5,6	42.800
Taranto	941,9	1.446,1	5,6	36.900

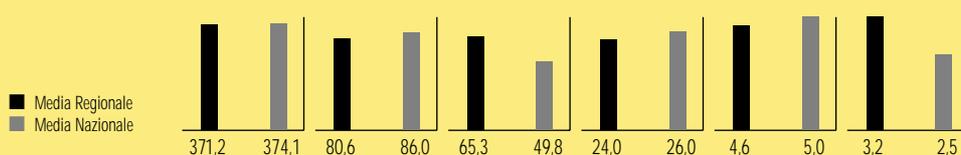


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.17.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Foggia	401,8	89,1	79,3	26,9	5,1	4,0
Bari	367,9	76,1	64,4	23,2	4,3	3,2
Taranto	411,3	94,1	68,6	26,9	5,3	3,3
Brindisi	392,0	88,2	62,1	25,5	5,0	3,0
Lecce	313,6	68,6	54,4	20,2	4,0	2,6



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
 (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.17.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in rapporto alla popolazione pesata) ammonta a 261.200 lire, contro le 236.000 lire pro-capite medie in Italia.

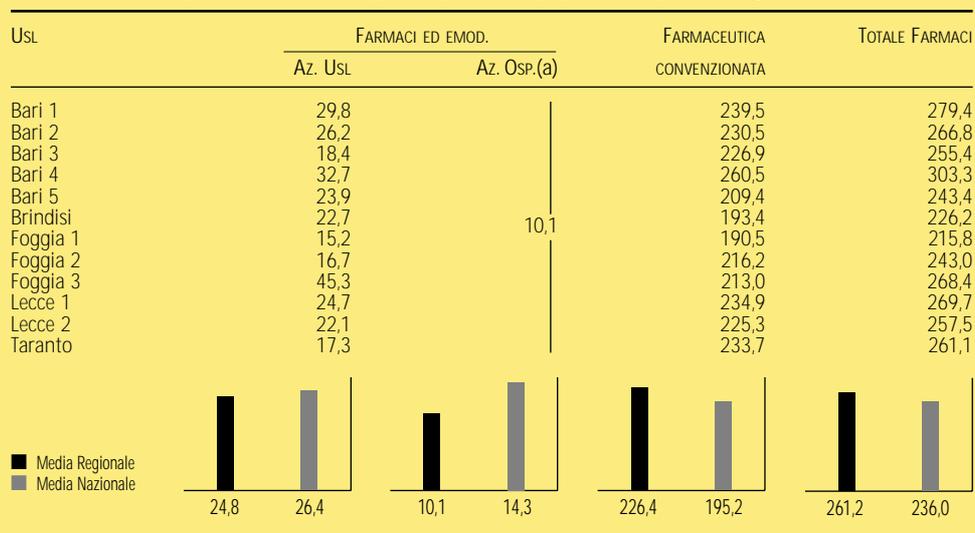
Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (24.800 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, inferiore alla media nazionale (10.100 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (superiore invece alla media nazionale, 226.400 contro 195.200 lire).

Complessivamente Bari 4 (303.300 lire) è quella che spende di più, mentre Foggia 1 presenta la spesa più bassa (215.800 lire).

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Foggia 3 con 45.300 lire, mentre la minore si rileva Foggia 1 con 15.200 lire.

Per la farmaceutica convenzionata la Usl di Bari 4 presenta la spesa maggiore (260.500 lire), Foggia 1 la più bassa (190.500 lire spese pro-capite).

Tav. 3.17.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

- (a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.18. Basilicata

3.18.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Basilicata ha poco più di 600.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 5 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione è circa il 48% di quella media nazionale. Fra le 5 aziende Usl la più piccola è quella di Lagonegro, (81.503 abitanti, ovvero due terzi della media regionale). La più grande è Potenza con quasi 220.000 abitanti. L'indice di vecchiaia (92,4%) è inferiore alla media nazionale. Mentre a Venosa i vecchi ed i bambini si equivalgono (indice di vecchiaia pari a 100,8%), nelle altre Usl non appaiono dati superiori al 110,9% di Lagonegro, con una punta minima di 79,2% a Matera. La natalità (9,8‰) è superiore alla media nazionale, mentre la mortalità (9,2‰) è inferiore alla media nazionale; in 4 delle 5 Usl (tranne la Lagonegro) la natalità supera la mortalità.

3.18.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

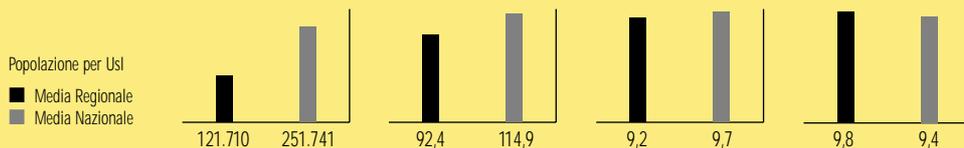
La Basilicata fa registrare un reddito prodotto pro-capite di 17,1 milioni (contro 27,2 milioni della media nazionale) ed un valore medio di depositi bancari pari a 10,3 milioni (contro i 17 milioni). Il 35% risulta occupato mentre il tasso di disoccupazione si attesta al 18,5% (contro il 12,1% nazionale), entrambi quindi nettamente al di sopra dei valori medi nazionali. Più di una donna su 4 non lavora, e la disoccupazione maschile si attesta al 14,4%, ben oltre la media nazionale dell'9,4%.

3.18.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori leggermente inferiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (176,0 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro i 188,0 decessi in media nel Paese e 73,3 morti per le donne contro i 76,0 medi in Italia). Tra le morti, quelle evitabili con interventi di prevenzione primaria, sono negli uomini 113,9 contro i 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre in rapporto a 100.000 abitanti), sono invece di 25,7 morti contro i 31,4 anni a livello nazionale. I valori riferibili a carenze negli interventi di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 1,2 morti, contro i 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 25,8 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, invece, i valori della Basilicata sono superiori a quelli medi nazionali: per i maschi 60,9 morti a fronte di una media italiana di 57,6, mentre per le donne 21,8 morti contro 18,1 nazionali. A livello di singola Usl, per i maschi, Montalbano Jonico con 183,6 decessi presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il

Tav. 3.18.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Venosa	99.127	100,8	9,6	10,3
Potenza	219.978	93,2	9,5	9,6
Lagonegro	81.503	110,9	9,8	8,7
Matera	122.917	79,2	8,2	10,0
Montalbano Jonico	85.025	84,0	8,8	10,6
Totale	608.550			



dati 1996

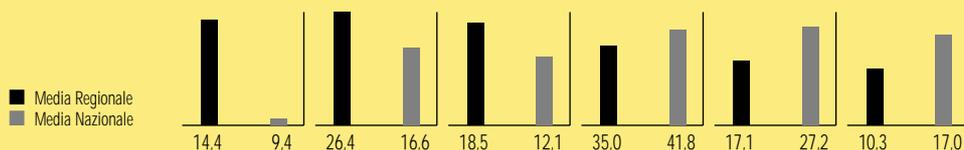
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.18.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Potenza	15,2	28,0	19,7	35,1	16,9	9,8
Matera	12,8	22,7	15,9	34,9	17,6	11,1



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

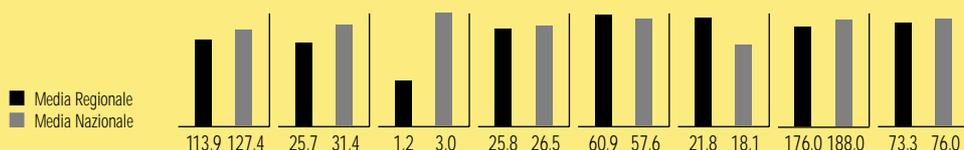
(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

Tav. 3.18.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

Usl	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Venosa	112,0	33,4	2,8	27,3	55,3	27,8	170,1
Potenza	108,3	32,6	2,2	18,7	68,5	16,4	179,0	67,7
Lagonegro	113,2	20,4	0,0	22,6	64,2	19,9	177,4	62,9
Matera	118,4	13,2	0,0	27,8	51,5	19,2	169,9	60,2
Montalbano Jonico	126,5	21,1	0,0	43,5	57,1	34,3	183,6	98,9



dati 1993

valore più basso si registra a Matera con 169,9 decessi. Lo stesso per le donne con 98,9 morti evitabili a Montalbano Jonico e 60,2 a Matera.

3.18.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Potenza è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 94,3% del valore medio regionale; Matera è di contro quella con la spesa più alta pari a +13,1% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Matera (+31,0%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Potenza (-30,8%).

Per la medicina di base troviamo ai due estremi Lagonegro (+9,0%) e Matera (-13,4%).

L'ospedaliera convenzionata è molto concentrata: ha agli estremi Potenza (+150,0) e Montalbano Ionico (-91,9%).

La farmaceutica evidenzia Venosa, Potenza e Lagonegro sono le Usl con minor onere (-1,0%), mentre Matera e Montalbano Ionico sono quelle con l'onere maggiore (+2,0%).

3.18.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera della Basilicata presenta un indice (letti pubblici e privati) di 6,5 posti letto per 1.000 abitanti, contro una media nazionale di 5,9. Gli ospedali delle Usl hanno un numero di posti letto uguale a quello medio nazionale: 3,2 posti letto per 1.000 abitanti; in linea con la media nazionale anche le Aziende ospedaliere (1,5 contro 1,6 posti letto per 1.000 abitanti media nazionale). Superiori alla media nazionale i posti letto degli Istituti privati accreditati (1,8 per 1.000 abitanti contro 1,1 nazionali).

La distribuzione territoriale varia dai 5,2 posti letto di Lagonegro ai 7,4 posti letto per 1.000 abitanti di Venosa.

A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 73,9% (77,6% in media nazionale), Montalbano Jonico utilizza il 65,0% dei posti letto mentre Potenza ne utilizza l'82,8%.

3.18.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è di poco inferiore alla media nazionale (10,9 per 10.000 abitanti contro 11,9 in Italia), con un rapporto di circa 1 a 3 con gli infermieri (che sono 30,2 ogni 10.000 abitanti a fronte dei 38,0 mediamente presenti in Italia).

Il minor numero di medici è quello di Potenza (5,5) con 1,3 infermieri per medico (12,9). A Lagonegro abbiamo 16,1 medici per 10.000 abitanti con 42,3 infermieri (anche in questo caso 2,6 infermieri per medico).

Tav. 3.18.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

Usl	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Venosa	102,3	110,2	93,7	14,3	99,0
Potenza	94,3	69,2	106,4	250,0	99,0
Lagonegro	98,7	114,3	109,0	8,6	99,0
Matera	113,1	131,0	86,6	25,2	102,0
Montalbano Jonico	95,8	111,6	101,8	8,1	102,0
Media regionale spesa Usl	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle Usl della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola Usl

Tav. 3.18.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI				TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (c)
	OSP. Usl (a)	Az. Osp. (b)	IST. PRIV. ACCRED.	TOTALE	
Venosa	4,2	-	1,8	7,4	70,8
Potenza	0,6	-	4,1	6,3	82,8
Lagonegro	3,7	1,5	-	5,2	74,6
Matera	5,2	-	-	6,7	66,7
Montalbano Jonico	5,2	-	-	6,7	65,0

dati 1996

(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

Tav. 3.18.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usl (valori x 10.000 abitanti)

Usl	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Venosa	12,0	41,1
Potenza	5,5	12,9
Lagonegro	16,1	42,3
Matera	14,6	39,9
Montalbano Jonico	13,4	36,9

dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

3.18.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è leggermente minore della media nazionale (953,2 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

I bambini assistiti per pediatra sono invece 1.648,9 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 888,1 scelte di Lagonegro, alle 992,8 di Montalbano Jonico. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Lagonegro pari a 4.372,4.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 4,7 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 36.500 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl, le differenze non sono rilevanti: nella Usl di Potenza si prescrivono in media 5,1 ricette di importo medio pari a 36.100 lire, mentre in quella di Venosa e di Lagonegro le ricette sono 5,8 di importo pari a 36.400 lire la prima e 32.300 la seconda.

3.18.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 329.100 lire, contro le 374.100 lire pro-capite medie nazionali. Per quanto riguarda i consumi in quantità, la Basilicata presenta ugualmente valori inferiori alla media nazionale (21,3 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

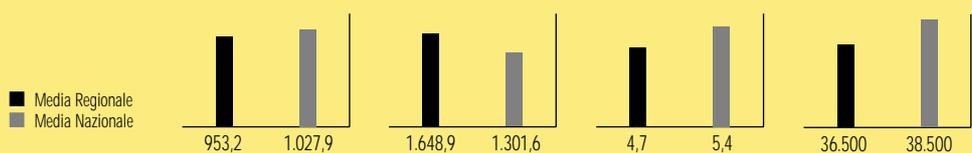
La provincia di Matera è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (345.400 lire pro-capite), che di confezioni (22,4 a testa).

Potenza fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (321.100 lire), e il minor numero di confezioni (20,8).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 72.300 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, si spende di più che in Italia con una spesa media regionale di 58.600 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

Tav. 3.18.7. - Medicina di base

Usl	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTE MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Venosa	959,1	1.467,0	5,8	36.400
Potenza	951,0	1.597,6	5,1	36.100
Lagonegro	888,1	4.372,4	5,8	32.300
Matera	974,0	1.188,9	5,4	40.500
Montalbano Jonico	992,8	2.218,5	-	-

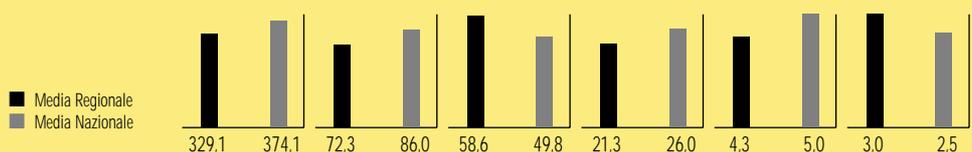


dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

Tav. 3.18.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Potenza	321,1	71,7	58,3	20,8	4,2	2,9
Matera	345,4	73,5	59,2	22,4	4,3	3,0



dati 1996

Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

- (a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata
 (b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

3.18.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

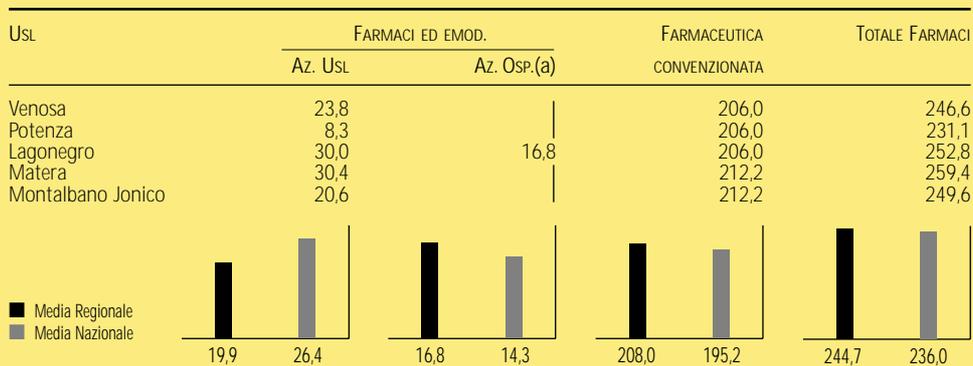
Nella Regione Basilicata la spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata) ammonta a 244.700 lire, a fronte della media nazionale di 236.000 lire pro-capite .

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (19.900 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, superiore alla media nazionale (16.800 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (ancora leggermente superiore alla media nazionale, 208.000 contro 195.200 lire).

Complessivamente Matera (259.400 lire) risulta la Usl con la spesa più alta, mentre Potenza presenta il valore più basso (231.100 lire).

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Matera con 30.400 lire, mentre la minore si rileva a Potenza con 8.300 lire. Per la farmaceutica convenzionata Matera e Montalbano Jonico spiccano per la spesa più alta (212.200 lire) e Venosa, Potenza e Lagonegro per i valori più bassi (206.000 lire spese pro-capite).

Tav. 3.18.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.19. Calabria

3.19.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Calabria ha quasi 2.100.000 di residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 11 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende in termini di popolazione è circa il 75% di quella media nazionale.

Fra le 11 aziende Usl la più piccola è quella di Castrovillari (113.327 abitanti). La più grande è Cosenza con 295.807 abitanti seguita da Catanzaro con 250.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (79,4%) è molto inferiore alla media nazionale, con notevoli differenze tra una Usl ed un'altra.

Il valore più alto è quello di Locri dove i vecchi ed i bambini si equivalgono (indice di vecchiaia pari a 98,2%), mentre il valore più basso è riferito a Crotona (55,5%).

La natalità (10,5‰) è superiore alla media nazionale (9,4‰): i valori oscillano tra il 9,2‰ di Paola ed il 12,7 ‰ di Palmi.

Sul lato della mortalità si rileva un tasso (8,4‰) inferiore alla media nazionale e in tutte le Usl la natalità supera la mortalità.

3.19.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite medio della Calabria di 15,3 milioni è di oltre 10 milioni inferiore alla media nazionale (27,2 milioni) ed il più basso tra le province italiane. A Vibo Valentia e a Crotona la media è di 13,5 milioni pro-capite ed a Reggio di 14,9 milioni. Catanzaro è la provincia più "ricca" con 17,3 milioni pro-capite.

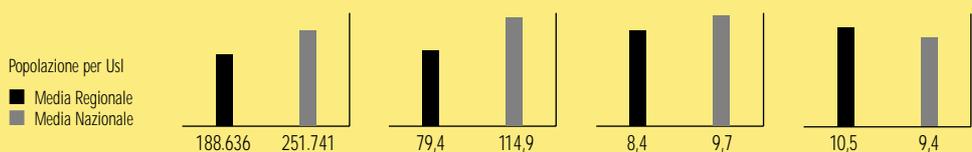
I depositi bancari (8,1 milioni) sono il valore più basso tra le 21 Regioni; Vibo Valentia segna il minimo con 5,9 milioni.

Poco più del 30% della popolazione risulta occupata (32,4%); a Crotona, questo indicatore scende al 28,2% della popolazione.

Un calabrese su 4 risulta invece disoccupato; quasi una donna su tre e un uomo su cinque. Crotona ha il tasso di disoccupazione generale più alto, pari al 31,0%, che diventa il 25,0% per gli uomini e il 44,4% per le donne.

Tav. 3.19.1. - Contesto demografico

USL	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Paola	142.935	87,9	8,8	9,2
Castrovillari	113.327	88,0	9,4	9,7
Rossano	182.408	68,2	7,7	10,9
Cosenza	295.807	81,5	7,9	9,5
Crotone	198.367	55,5	7,5	12,6
Lamezia Terme	131.293	76,6	8,2	10,2
Catanzaro	252.577	78,7	8,2	9,9
Vibo Valentia	179.159	80,8	8,6	10,7
Locri	140.568	98,2	9,3	10,2
Palmi	163.611	74,8	8,8	12,7
Reggio Calabria	274.949	92,0	9,1	10,2
Totale	2.075.001			

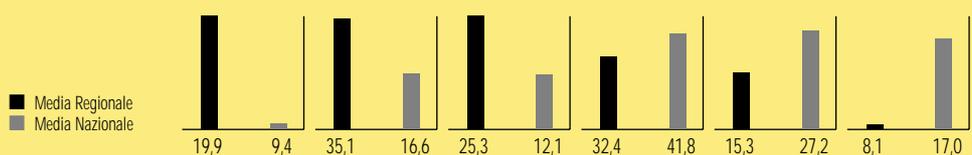


dati 1996

- (a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)
- (b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)
- (c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.19.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Cosenza	18,1	37,1	24,7	32,7	15,4	8,3
Catanzaro	23,6	35,8	28,2	34,1	17,3	8,5
Reggio di Calabria	20,5	34,7	25,6	32,2	14,9	8,3
Crotone	25,0	44,4	31,0	28,2	13,5	7,8
Vibo Valentia	11,4	15,8	13,0	32,6	13,5	5,9



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

- (a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi
- (b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine
- (c) Disoccupati diviso forze di lavoro
- (d) Occupati diviso popolazione >15 anni
- (e) Valore aggiunto diviso abitanti
- (f) Depositi bancari diviso abitanti

3.19.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori vicini alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (175,7 morti nei maschi per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese e 74,0 decessi per le donne contro 76,0 medi in Italia). Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria sono 115,6, contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre in rapporto a 100.000 abitanti) sono invece di 30,9 morti contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili a carenze di diagnosi precoce e terapia sono per i maschi di 0,9 morti ogni 100.000 abitanti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 21,9 morti contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, invece, i valori della Calabria sono di poco superiori a quelli medi nazionali: per gli uomini 59,2 morti a fronte di una media italiana di 57,6; per le donne 21,2 decessi contro i 18,1 nazionali. A livello di singola Usl, per i maschi, Locri con 233,9 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Cosenza con 142,6 decessi. Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Castrovillari con 87,7 morti, di contro Palmi registra il valore più basso con 61,2 decessi.

3.19.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

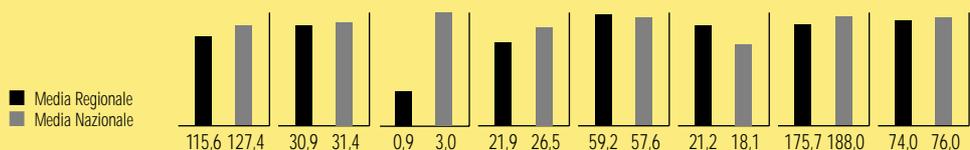
Cosenza è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 86,4% del valore medio regionale; Paola è di contro quella con la spesa più alta pari a +17,2% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa. La spesa diretta (personale più beni e servizi) è massima a Palmi (+22,3%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto a Cosenza (-32,3%). Per la medicina di base troviamo ai due estremi Locri (+31,8) e Rossano (-15,1%). L'ospedaliera convenzionata è molto variabile ed ha agli estremi Paola (+101,4) e Castrovillari (-98,0%). La farmaceutica evidenzia Palmi come la Usl con maggiore onere (+8,5%), mentre Catanzaro è quella con l'onere minore (-5,6%).

3.19.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera calabrese presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 5,3 posti letto per 1.000 abitanti, contro una media nazionale di 5,9. Gli ospedali della Usl registrano un numero di posti letto per 1.000 abitanti inferiore alla media nazionale (2,6 contro 3,2 media nazionale); leggermente inferiore il numero dei letti delle Aziende ospedaliere (1,1 posti letto a fronte di una media nazionale di 1,6); più alto, invece, l'indice di posti letto degli Istituti privati accreditati (1,6 contro 1,1 posti letto per 1.000 abitanti media nazionale). La distribuzione territoriale è piuttosto disforme, variando dai 4,4 posti letto di Cosenza ai 7 posti letto per 1.000 abitanti di Paola. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 71,6% (77,6% in media nazionale), Palmi utilizza il 63,4% dei posti letto mentre Catanzaro ne utilizza l'89%.

Tav. 3.19.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Paola	97,4	32,8	0,0	17,6	61,1	33,0	158,5
Castrovillari	102,4	31,5	0,0	31,0	69,4	25,2	171,8	87,7
Rossano	127,2	27,9	1,4	28,7	64,5	15,9	193,1	72,5
Cosenza	85,8	40,3	0,8	18,9	56,0	20,4	142,6	79,6
Crotone	111,0	29,1	1,5	15,0	50,6	27,1	163,1	71,2
Lamezia Terme	116,3	32,5	1,8	17,8	49,3	29,2	167,4	79,5
Catanzaro	129,5	29,1	0,0	19,7	79,9	18,9	209,4	67,7
Vibo Valentia	124,8	30,1	1,5	22,7	47,9	21,3	174,2	74,1
Locri	173,3	30,5	1,9	15,3	58,7	16,5	233,9	62,3
Palmi	123,4	25,7	2,0	20,8	53,0	14,7	178,4	61,2
Reggio Calabria	107,3	26,6	0,0	30,7	55,9	18,4	163,2	75,7



dati 1994

Tav. 3.19.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

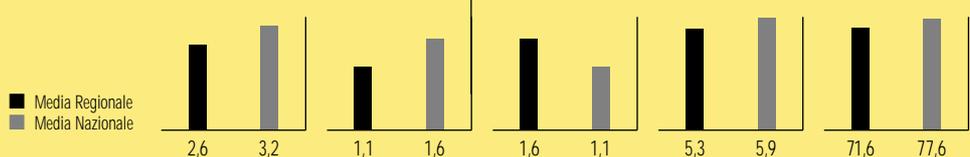
USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Paola	117,2	103,9	109,0	201,4	95,2
Castrovillari	95,7	116,0	92,9	2,0	94,7
Rossano	99,9	115,0	84,9	33,0	96,6
Cosenza	86,4	67,7	90,3	193,6	96,0
Crotone	117,0	121,5	102,6	137,5	101,7
Lamezia Terme	98,8	113,5	92,1	33,5	99,1
Catanzaro	93,6	89,3	97,0	131,9	94,4
Vibo Valentia	101,8	118,2	109,6	30,5	102,1
Locri	102,3	112,1	131,8	3,1	101,5
Palmi	109,8	122,3	102,6	40,7	108,5
Reggio Calabria	95,7	75,4	99,5	144,5	108,0
Media regionale spesa UsL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

Tav. 3.19.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

USL	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI			TASSE DI UTILIZZAZ. x 100 (c)
	OSP. USL (a)	Az. OSP. (b)	IST. PRIV. ACCRED.	
Paola	3,4		2,6	77,8
Castrovillari	4,3		-	71,6
Rossano	3,3		0,5	69,3
Cosenza	0,3		3,0	72,8
Crotone	3,5		2,0	65,4
Lamezia Terme	3,5	1,1	0,5	70,9
Catanzaro	1,8		2,4	89,0
Vibo Valentia	3,9		0,2	64,0
Locri	3,6		-	74,7
Palmi	3,9		0,5	63,4
Reggio Calabria	1,1		2,6	65,8



dati 1996

(a) Comprende ospedali UsL ed equiparati

(b) Comprende anche 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 UsL della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

3.19.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è di poco superiore alla media nazionale (12,6 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di circa 1 a 2,4 con gli infermieri (che sono 31,2 ogni 10.000 abitanti a fronte dei 38,0 presenti mediamente in Italia).

Il minor numero di medici si riscontra a Cosenza (4,7) compensato da 3 infermieri per medico (13,9).

Di contro a Palmi abbiamo 18,9 medici per 10.000 abitanti con 45,8 infermieri (in questo caso meno di 3,0 per medico).

3.19.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è sostanzialmente in linea con la media nazionale (990,8 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

Invece i bambini assistiti per pediatra ammontano 1.454 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

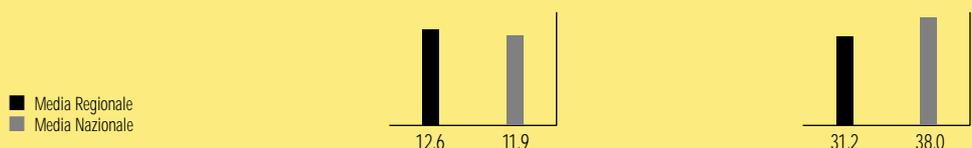
A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 938 scelte di Castrovillari, alle 1.078,4 di Vibo Valentia. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è ancora quello di Castrovillari pari a 2.268,7.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 5,5 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 40.700 lire superiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze non sono rilevanti: nella Usl di Cosenza si prescrivono in media 4,9 ricette di importo medio pari a 42.200 lire, mentre in quella di Reggio Calabria le ricette sono 6,0 di importo pari a 43.400 lire.

Tav. 3.19.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende UsI (valori x 10.000 abitanti)

UsI	NUMERO	
	MEDICI	INFIERMIERI
Paola	12,5	35,5
Castrovillari	17,8	40,2
Rossano	15,3	33,7
Cosenza	4,7	13,9
Crotone	13,0	37,5
Lamezia Terme	15,9	36,9
Catanzaro	9,2	22,3
Vibo Valentia	18,6	36,6
Locri	17,7	46,0
Palmi	18,9	45,8
Reggio Calabria	8,5	23,5

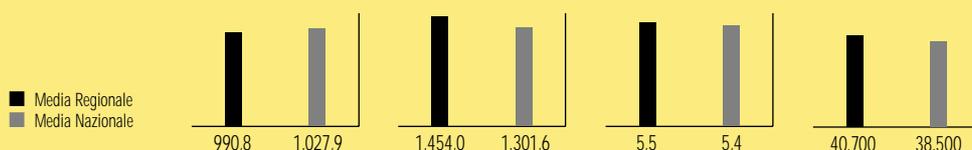


dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.19.7. - Medicina di base

UsI	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTO MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Paola	1.003,5	1.595,1	5,2	37.400
Castrovillari	938,5	2.268,7	5,5	38.500
Rossano	1.075,1	1.508,1	5,6	40.700
Cosenza	973,7	1.277,6	4,9	42.200
Crotone	964,0	1.688,0	5,3	40.100
Lamezia Terme	980,1	1.817,3	5,6	35.700
Catanzaro	964,4	1.429,0	5,2	40.900
Vibo Valentia	1.078,4	1.386,4	5,6	39.600
Locri	954,6	1.445,3	5,8	40.900
Palmi	978,9	1.285,3	5,7	43.400
Reggio Calabria	999,0	1.260,7	6,0	43.400



dati 1996

- (a) Assistenti >14 anni diviso medici
- (b) Assistenti <15 diviso pediatri
- (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
- (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.19.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 370.900 lire, in linea con la spesa media nazionale di 374.100 lire pro-capite. Di poco inferiori, invece, i consumi in quantità (24,3 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Reggio Calabria è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (396.300 lire pro-capite), che di confezioni (25,9 a testa).

Catanzaro fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (348.300 lire), e il minor numero di confezioni (22,8).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 76.100 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Calabria si spende di più che in Italia con una spesa media regionale di 63.700 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.19.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

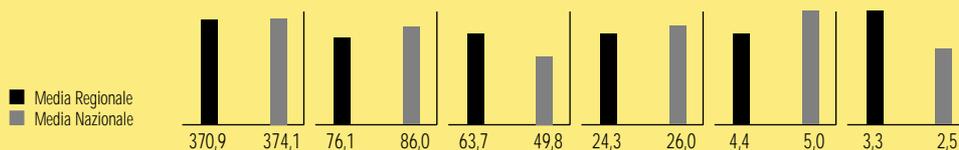
La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata) ammonta a 258.000 lire, contro le 236.000 lire pro-capite spese mediamente in Italia.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (19.500 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, poco superiore alla media nazionale (15.100 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata, ancora superiore alla media nazionale (223.700 contro 195.200 lire). Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Vibo Valentia con 34.500 lire, mentre la minore si rileva nelle 6.100 lire spese a Cosenza.

Per la spesa farmaceutica convenzionata la Usl di Palmi presenta i valori più alti (242.800 lire), Catanzaro (211.200) e Castrovillari (211.900) lire spese pro-capite i più bassi.

Tav. 3.19.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Cosenza	355,8	73,9	62,4	23,3	4,3	3,4
Catanzaro	348,3	77,8	53,6	22,8	4,4	2,7
Reggio di Calabria	396,3	76,5	69,0	25,9	4,5	3,5
Crotone	380,2	75,5	67,4	25,2	4,3	3,5
Vibo Valentia	388,7	80,8	69,4	25,0	4,7	3,4



dati 1996

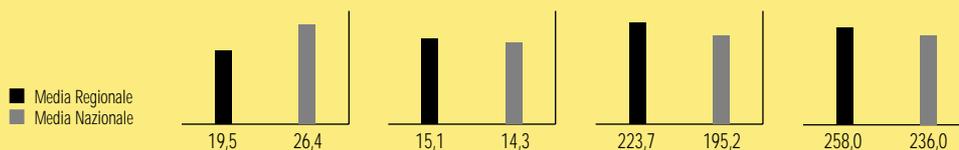
Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.19.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

USL	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. USL	Az. Osp.(a)		
Paola	24,0		212,9	252,0
Castrovillari	28,7		211,9	255,7
Rossano	24,5		216,2	255,8
Cosenza	6,1		214,8	236,0
Crotone	26,3		227,6	269,0
Lamezia Terme	26,3	15,1	221,7	263,1
Catanzaro	8,5		211,2	234,8
Vibo Valentia	34,5		228,3	277,9
Locri	30,1		227,0	272,2
Palmi	26,8		242,8	284,7
Reggio Calabria	7,5		241,7	264,3



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.20. Sicilia

3.20.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Sicilia ha circa 5.600.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 9 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è più del doppio di quella media nazionale.

Fra le 9 aziende la più piccola Usl è quella di Enna (189.169 abitanti). La più grande è Palermo oltre 1.200.000 abitanti, seguita da Catania con oltre 1.000.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (79,3%) è inferiore alla media nazionale, con notevoli differenze tra una Usl ed un'altra.

Spiccano, Messina con il tasso più alto (101,6%) e Catania con l'indice più basso (68,7%).

La natalità (11,5‰) è superiore alla media nazionale: la più bassa è a Messina con 9,5‰.

Sul lato della mortalità (tasso regionale 9,1‰) si trova il valore più alto ad Enna (10,6‰); inoltre in tutte le Usl, tranne che in quella di Messina la natalità supera la mortalità.

3.20.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite siciliano (16 milioni) è di 11 milioni più basso di quello medio nazionale. Il valore oscilla tra i 13,3 milioni di Agrigento ed i 18,7 milioni di Ragusa.

Per i depositi bancari abbiamo 9,5 milioni pro-capite, contro i 17 della media nazionale; spiccano Enna, con 7,4 milioni e Palermo, con 11,2 milioni.

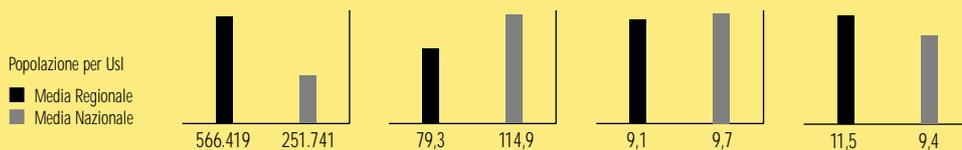
Solo il 31,7% degli abitanti risulta occupato, Siracusa raggiunge il 36,4% mentre a Enna solo il 27,7% degli abitanti è occupato.

La disoccupazione (23,6% contro 12,1% nazionale) è più sentita ad Enna 32,8% e meno a Ragusa con il 12,6% della popolazione.

Altissima la percentuale di donne disoccupate, oltre il 33%, con Caltanissetta che arriva al 43,5% seguita da Enna con il 42,1%. Per gli uomini la percentuale di disoccupati è del 19,5% (il 10% in più della media nazionale) ed è più sentita ancora ad Enna 28,6% e meno a Ragusa (10%).

Tav. 3.20.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Agrigento	469.213	81,8	9,0	11,8
Caltanissetta	283.436	76,6	9,2	11,9
Catania	1.090.354	68,7	8,4	12,3
Enna	189.169	90,2	10,6	11,4
Messina	679.197	101,6	10,0	9,5
Palermo	1.246.955	71,5	9,0	12,1
Ragusa	298.511	86,9	9,0	11,3
Siracusa	406.255	75,5	8,8	10,3
Trapani	434.682	91,9	9,3	11,1
Totale	5.607.549			



dati 1996

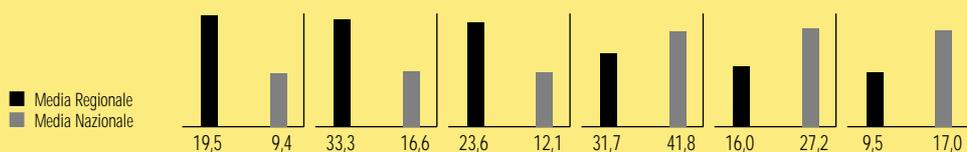
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.20.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI	
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)	
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE	
Trapani	15,5	26,3	18,5	32,4	15,1	9,7	
Palermo	24,6	34,5	27,3	29,0	17,1	11,2	
Messina	23,8	36,2	28,2	33,2	17,2	9,1	
Agrigento	13,9	25,7	16,9	30,7	13,3	9,7	
Caltanissetta	21,2	43,5	27,0	29,7	13,9	10,2	
Enna	28,6	42,1	32,8	27,7	14,6	7,4	
Catania	16,7	30,7	20,8	32,9	15,3	8,6	
Ragusa	10,0	20,0	12,6	34,2	18,7	9,5	
Siracusa	16,5	39,6	23,6	36,4	16,3	7,7	



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.20.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori leggermente inferiori alla media nazionale per gli uomini (176,1 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese) e quasi in linea per le donne (79,2 morti contro 76,0 medi in Italia). I decessi, quelli evitabili con interventi di prevenzione primaria sono, tra gli uomini, 112,1, contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre in rapporto a 100.000 abitanti) sono invece di 31,1 morti contro 31,4 decessi a livello nazionale. I valori riferibili a carenze di diagnosi precoce e terapia sono, per i maschi di 2,8 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 26,2 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, i valori sono più alti per ambo i sessi: per i maschi 61,2 morti a fronte di una media italiana di 57,6; mentre per le donne 21,9 morti 18,1 nazionali. A livello di singola Usl, per i maschi, Enna con 226,4 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Ragusa con 144,1 morti. Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Catania con 86,9 morti, di contro Trapani registra il valore più basso con 62,6 morti.

3.20.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Agrigento e Caltanissetta sono le Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 91,1% del valore medio regionale; Ragusa è di contro quella con la spesa più alta pari a +9,6% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

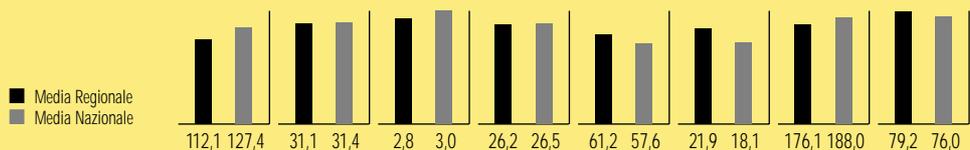
La spesa diretta (personale più beni e servizi) è estrema a Ragusa (+31,4%), con il valore più contenuto a Catania (-12,7%). Per la medicina di base troviamo ai due estremi Messina (+15,9%) e Caltanissetta (-9,1%). L'ospedaliera convenzionata ha agli estremi Palermo (+41,2%) e Ragusa (-53,3%). La farmaceutica evidenzia Caltanissetta come la Usl con maggiore onere (+8,5), mentre Messina è quella con l'onere minore (-9,0%).

3.20.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera siciliana presenta complessivamente (letti pubblici e privati) un indice di 4,6 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. La loro distribuzione all'interno della rete ospedaliera mostra un indice inferiore alla media negli ospedali delle Usl (1,8 posti letto per 1.000 abitanti contro 3,2); una dotazione superiore alla media nazionale nelle Aziende ospedaliere (2,1 contro 1,6 posto letto per mille abitanti); inferiore negli Istituti privati accreditati (0,7 contro 1,1 posti letto per 1.000 abitanti). La distribuzione territoriale è piuttosto difforme, variando dai 3,6 posti letto di Agrigento ai 5,4 posti letto per 1.000 abitanti di Siracusa. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 75% (77,6% in media nazionale), Enna e Caltanissetta utilizzano il 69,9% dei posti letto mentre Siracusa ne utilizza il 78,9%.

Tav. 3.20.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

Usl	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Agrigento	112,3	24,2	1,2	24,9	62,4	18,3	175,9
Caltanissetta	122,0	35,2	1,9	27,4	66,1	15,6	190,0	78,2
Catania	132,8	35,6	1,9	27,6	65,5	23,7	200,2	86,9
Enna	133,0	37,2	1,5	23,3	91,9	23,9	226,4	84,4
Messina	101,6	29,4	4,8	24,0	52,2	21,9	158,6	75,3
Palermo	108,9	32,4	2,8	26,0	59,8	23,4	171,5	81,8
Ragusa	91,9	25,1	3,0	24,6	49,2	29,5	144,1	79,2
Siracusa	100,9	31,2	3,3	31,6	56,2	23,0	160,4	85,8
Trapani	98,0	24,5	3,8	24,6	65,0	13,5	166,8	62,6



dati 1994

Tav. 3.20.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

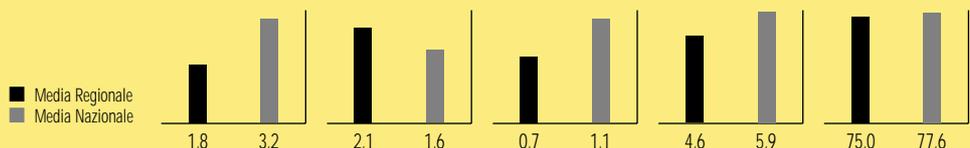
Usl	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Agrigento	91,2	91,7	104,6	69,9	100,2
Caltanissetta	91,1	91,2	90,9	78,7	108,5
Catania	98,6	87,3	93,2	119,4	97,2
Enna	101,3	115,0	101,5	47,7	104,2
Messina	100,9	107,9	115,9	93,6	91,0
Palermo	103,0	97,5	99,2	141,2	105,5
Ragusa	109,6	131,4	92,8	46,7	102,0
Siracusa	101,7	105,5	102,2	86,5	103,8
Trapani	99,0	102,8	98,2	77,0	94,0
Media regionale spesa Usl	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle Usl della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola Usl

Tav. 3.20.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

Usl	POSTI LETTO x 1.000 ABITANTI			TASSE DI UTILIZZAZ. x 100 (c)
	OSP. Usl (a)	Az. Osp. (b)	IST. PRIV. ACCRED.	
Agrigento	1,2	-	0,3	74,4
Caltanissetta	1,8	-	0,4	69,9
Catania	1,0	-	0,8	70,6
Enna	2,5	-	-	69,9
Messina	2,0	2,1	1,0	76,9
Palermo	1,8	-	1,0	76,7
Ragusa	2,7	-	-	77,1
Siracusa	2,9	-	0,5	78,9
Trapani	2,3	-	0,4	76,3



dati 1996

(a) Comprende ospedali Usl ed equiparati

(b) Comprende anche 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 Usl della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

3.20.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è inferiore alla media nazionale (9,7 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di circa 1 a 2 con gli infermieri (che sono 20,8 ogni 10.000 abitanti contro i 38,0 medi in Italia).

Il minor numero di medici si rileva a Catania (6,8) compensato da 2 infermieri per medico (16,2).

Di contro a Enna sono presenti 14,1 medici per 10.000 abitanti con 24,8 infermieri (in questo caso meno di 2 per medico).

3.20.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (1.041,8 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

Per contro i bambini assistiti per pediatra sono 1.197,4 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 972,8 di Caltanissetta, alle 1.096,8 di Catania. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Caltanissetta pari a 1.481,7.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando l'indicatore delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 5,9 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 37.900 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Caltanissetta si prescrivono in media 5,6 ricette di importo medio pari a 40.000 lire, mentre in quella di Enna le ricette sono 10,6 di importo pari a 20.100 lire.

Tav. 3.20.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende UsI (valori x 10.000 abitanti)

UsI	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Agrigento	7,4	16,4
Caltanissetta	8,9	18,1
Catania	6,8	16,2
Enna	14,1	24,8
Messina	11,9	24,4
Palermo	10,4	20,9
Ragusa	12,5	31,7
Siracusa	9,8	22,4
Trapani	11,0	21,8

Categoria	Media Regionale	Media Nazionale
Medici	9,7	11,9
Infermieri	20,8	38,0

dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.20.7. - Medicina di base

UsI	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTO MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Agrigento	1.026,3	1.474,3	5,7	37.700
Caltanissetta	972,8	1.481,7	5,6	40.000
Catania	1.096,8	1.102,9	5,7	38.500
Enna	1.002,7	1.448,1	10,6	20.100
Messina	997,3	1.282,6	5,9	42.700
Palermo	1.071,5	1.161,9	5,6	40.200
Ragusa	983,4	1.092,7	5,8	40.600
Siracusa	1.029,1	986,0	6,4	34.400
Trapani	1.042,2	1.308,7	5,7	36.500

Metrica	Media Regionale	Media Nazionale
N. Assistiti >14	1.041,8	1.027,9
N. Assistiti <15	1.197,4	1.301,6
N. Ricette	5,9	5,4
Importo Medio	37.900	38.500

dati 1996

- (a) Assistiti >14 anni diviso medici
 (b) Assistiti <15 diviso pediatri
 (c) Numero di ricette diviso popolazione pesata
 (d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.20.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 395.900 lire, contro una media nazionale di 374.100 lire pro-capite. Per quanto riguarda i consumi in quantità, la Sicilia presenta valori coincidenti con la media nazionale (26 confezioni pro-capite nella regione, e 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Ragusa è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (417.900 lire pro-capite), mentre il maggior numero di confezioni si rileva a Palermo (27 a testa).

Agrigento fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (341.500 lire), e il minor numero di confezioni (22,5).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore in linea rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 86.600 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Per gli antibiotici, invece, in Sicilia si spende di più che in Italia con una spesa media regionale di 66.600 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.20.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in base alla popolazione pesata) ammonta a 241.600 lire, vicino alle 236.000 lire pro-capite spese mediamente in Italia.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, inferiore alla media nazionale (13.800 contro 26.400 lire), di quella delle Aziende ospedaliere, superiore alla media nazionale (18.600 contro 14.300 lire) e di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (superiore anch'essa alla media nazionale, 209.200 contro 195.200 lire).

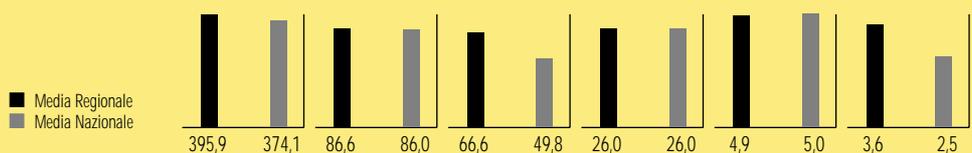
Caltanissetta (256.300 lire) presenta i valori complessivi più alti, Messina i più bassi (224.000 lire).

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle Aziende Usl la maggiore si ha a Ragusa con 22.400 lire, seguita da Trapani con 22.100 lire, mentre la minore si rileva a Catania con 8.300 lire.

Per la farmaceutica convenzionata sveltano sempre Caltanissetta (226.900 lire) e al lato opposto Messina (190.400 lire spese pro-capite).

Tav. 3.20.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Trapani	408,3	97,4	68,7	26,2	5,5	3,6
Palermo	394,3	89,2	60,7	27,0	5,1	3,3
Messina	400,8	84,3	62,9	26,1	4,8	3,2
Agrigento	341,5	78,6	58,4	22,5	4,4	3,1
Caltanissetta	364,9	72,4	67,5	24,5	4,2	3,8
Enna	398,4	87,1	73,0	26,2	5,1	3,9
Catania	408,7	84,8	75,2	26,3	4,7	4,1
Ragusa	417,9	95,5	69,1	26,4	5,2	3,6
Siracusa	413,8	88,6	70,1	26,8	5,1	3,8



dati 1996

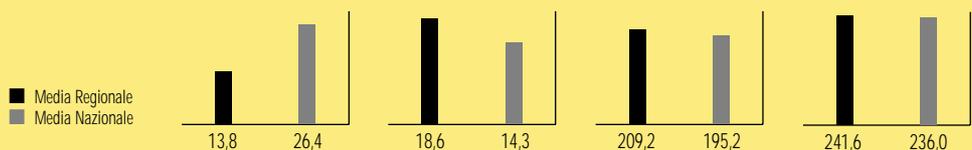
Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.20.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

USL	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. USL	Az. Osp.(a)		
Agrigento	16,7		209,6	244,9
Caltanissetta	10,8		226,9	256,3
Catania	8,3		203,4	230,3
Enna	19,7		218,0	256,3
Messina	15,0	18,6	190,4	224,0
Palermo	11,6		220,8	251,0
Ragusa	22,4		213,4	254,4
Siracusa	13,0		217,2	248,8
Trapani	22,1		196,6	237,3



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna Usl della regione di appartenenza. Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole Usl indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra Usl appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

3.21. Sardegna

3.21.1. CONTESTO DEMOGRAFICO

La Sardegna ha quasi 1.700.000 residenti, divisi per l'assistenza sanitaria in 8 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa l'82% di quella media nazionale.

Fra le 8 aziende Usl la più piccola è quella di Lanusei (60.065 abitanti, ovvero meno di un terzo della media regionale). La più grande è Cagliari (475.231 abitanti), seguita da Sassari con circa 340.000 abitanti.

L'indice di vecchiaia (87,9%) è inferiore alla media nazionale, con differenze tra le 8 Usl; infatti si oscilla dal 109,5% di Oristano al 72,1% di Cagliari.

Anche il tasso di natalità (8,4‰) è inferiore alla media nazionale ed oscilla tra il 7,6‰ di Carbonia ed il 9,6‰ di Lanusei; inferiore anche la mortalità (8,1‰) che assume valori alle volte maggiori dei rispettivi tassi di natalità.

3.21.2. CONTESTO ECONOMICO (PROVINCIALE)

Il reddito prodotto pro-capite sardo (19,3 milioni) è più basso di 7,9 milioni rispetto alla media nazionale (27,2 milioni); tra le quattro province la più "povera" è Oristano con 16 milioni e la più "ricca" è Sassari con 21 milioni.

I depositi bancari (10,4 milioni contro i 17 milioni) sono anch'essi più bassi rispetto alla media nazionale, ed il valore oscilla solo di 1,3 milioni tra le province (9,7 milioni di Nuoro e 11 milioni di Cagliari).

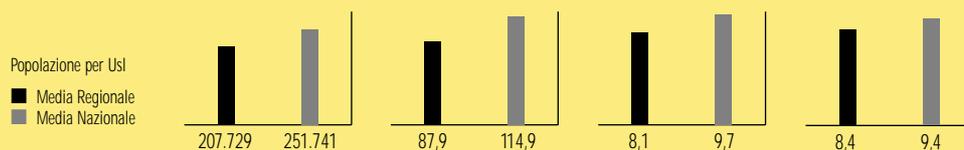
Gli occupati sono il 35,6%, tra le province spiccano il 32,8% di Oristano e il 37,7% di Nuoro.

La disoccupazione, pari al 21,0%, è superiore alla media nazionale (12,1%) e arriva a Cagliari al 24,9%.

Tra gli uomini la disoccupazione incide sul 15,7% della popolazione, a Cagliari 19,1% mentre tra le donne incide quasi per il 31,3%, a Cagliari si arriva a 35,9%.

Tav. 3.21.1. - Contesto demografico

Usl	RESIDENTI	INDICE VECCHIAIA (a)	TASSO GREZZO MORTALITÀ (b)	TASSO GREZZO NATALITÀ (c)
	VAL. ASS.	x100	x1.000	x1.000
Sassari	338.758	95,5	8,9	7,9
Olbia	121.041	84,5	7,4	8,7
Nuoro	212.680	97,1	9,2	8,9
Lanusei	60.065	91,5	8,9	9,6
Oristano	158.427	109,5	9,2	7,8
Sanluri	147.999	87,5	8,5	8,5
Carbonia	147.628	88,0	8,0	7,6
Cagliari	475.231	72,1	6,8	8,6
Totale	1.661.829			



dati 1996

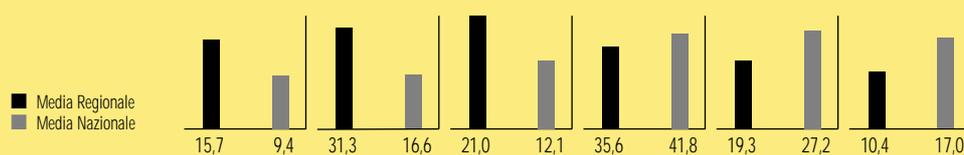
(a) Popolazione >64 anni diviso popolazione <15 anni (x100)

(b) Morti nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

(c) Nati nell'anno diviso popolazione totale (x1.000)

Tav. 3.21.2. - Contesto economico

PROVINCIA	TASSO DISOCCUPAZIONE			TASSO OCCUPAZ. REDDITO PRODOTTO		DEPOS. BANCARI
	MASCHI (a)	FEMMINE (b)	TOTALE (c)	LORDO (d)	PRO-CAPITE (e)	PRO-CAPITE (f)
	%	%	%	%	MIL/LIRE	MIL/LIRE
Sassari	12,3	27,8	17,3	36,7	21,0	10,0
Nuoro	11,1	24,3	16,0	37,7	16,5	9,7
Cagliari	19,1	35,9	24,9	34,9	20,0	11,0
Oristano	16,7	29,4	20,8	32,8	16,0	10,2



dati 1996 - Reddito prodotto e depositi bancari: dati 1995

(a) Disoccupati maschi diviso forza di lavoro maschi

(b) Disoccupati femmine diviso forza di lavoro femmine

(c) Disoccupati diviso forze di lavoro

(d) Occupati diviso popolazione >15 anni

(e) Valore aggiunto diviso abitanti

(f) Depositi bancari diviso abitanti

3.21.3. MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile presenta valori superiori alla media nazionale tra i maschi (203,6 morti per cause evitabili su 100.000 abitanti, contro 188,0 morti in media nel Paese) e più bassi, anche se in misura lieve, per le donne (72,7 morti contro 76,0 medi in Italia). Le morti evitabili con interventi di prevenzione primaria sono tra gli uomini 141,9, contro 127,4 dell'Italia. Nelle donne i valori di questa casistica (sempre in rapporto a 100.000 abitanti) sono invece di 29,8 decessi contro 31,4 a livello nazionale. I valori riferibili a carenze nella diagnosi precoce e nelle terapie sono, per i maschi di 2,1 morti, contro 3,0 a livello nazionale e, per le donne, di 26,4 decessi contro 26,5. Per carenze attribuibili alle misure di igiene e assistenza sanitaria, si rileva: per i maschi 59,6 morti a fronte di una media italiana di 57,6; per le donne 16,5 morti contro 18,1 nazionali.

A livello di singola Usl, per i maschi, Nuoro con 252,1 morti presenta il valore maggiore di mortalità evitabile, mentre il valore più basso si registra a Sanluri con 171,4 decessi. Per le donne la mortalità evitabile più alta si rileva a Nuoro con 91,3 morti, di contro Sanluri registra il valore più basso con 45,2 decessi evitabili.

3.21.4. SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE (POPOLAZIONE PESATA, VALORI INDICE)

Sanluri è la Usl con l'indice minimo di spesa pro-capite calcolato sulla popolazione pesata, pari al 56,4% del valore medio regionale; Cagliari è di contro quella con la spesa più alta pari a +44,0% del valore medio regionale. Tali differenze dalla media regionale si possono apprezzare anche a livello delle componenti principali della spesa.

La spesa diretta (personale più beni e servizi) ha una punta a Cagliari (+42,7%), mentre all'altro estremo il valore più contenuto è quello di Sanluri (-55,2%). Per la medicina di base troviamo ai due estremi Olbia (+3,4%) e Sassari (-6,0%). L'ospedaliera convenzionata ha agli estremi Cagliari (+149,8%) e Nuoro (-81,0%).

La farmaceutica evidenzia Cagliari come la Usl con maggiore onere (+7,8%), mentre Lanusei è quella con l'onere minore (-15,8%).

3.21.5. RETE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera della Sardegna presenta un indice (letti pubblici e privati) di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti contro una media nazionale di 5,9. La quota afferente agli ospedali dalle Usl è di 3,6 posti letto per 1.000 abitanti contro i 3,2 medi nazionali; le Aziende ospedaliere hanno 1,0 posti letto contro l'1,6 della media nazionale; gli Istituti privati accreditati registrano un numero di posti letto pari a 0,9 contro 1,1 per 1.000 medio nazionale. La distribuzione territoriale è piuttosto disomogenea, variando da 1,0 posto letto di Olbia ai 7,6 posti letto per 1.000 abitanti di Cagliari. A fronte di un tasso di utilizzazione regionale del 66,3% (77,6% in media nazionale), Nuoro utilizza il 59,3% dei posti letto mentre Sanluri ne utilizza il 73,5%.

Tav. 3.21.3. - Mortalità evitabile (tassi standardizzati x100.000 abitanti)

USL	PREVENZ. PRIMARIA		DIAGN. PRECOCE E TERAPIA		IGIENE E ASS. SANIT.		TUTTE LE CAUSE	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	Sassari	132,8	32,5	2,2	30,8	61,8	16,1	196,8
Olbia	144,3	28,0	2,1	19,1	52,7	15,2	199,1	62,3
Nuoro	176,5	28,9	2,8	41,2	72,8	21,2	252,1	91,3
Lanusei	151,4	26,5	0,0	9,4	71,8	32,0	223,2	67,9
Oristano	169,1	29,7	1,8	26,4	51,7	19,5	222,6	75,6
Sanluri	127,2	14,3	3,1	21,8	41,1	9,1	171,4	45,2
Carbonia	171,0	31,9	1,7	21,2	50,8	8,7	223,5	61,8
Cagliari	118,1	33,1	1,7	23,4	64,8	16,3	184,6	72,8

dati 1994

Tav. 3.21.4. - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (popolazione pesata, valori indice)

USL	TOTALE SPESA	DIRETTA (PERSONALE+ BENI E SERVIZI)	MEDICINA DI BASE	OSPEDALIERA CONVENZIONATA	FARMACEUTICA CONVENZIONATA
Sassari	105,3	114,0	94,0	63,9	100,2
Olbia	83,0	86,7	103,4	19,3	100,7
Nuoro	87,2	95,1	103,2	19,0	95,8
Lanusei	77,2	66,5	97,1	121,4	84,2
Oristano	68,9	59,0	101,6	96,2	87,7
Sanluri	56,4	44,8	100,4	20,0	101,2
Carbonia	87,5	86,6	101,4	30,8	101,4
Cagliari	144,0	142,7	101,1	249,8	107,8
Media regionale spesa USL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dati 1996

Nota: i valori indice sono riferiti al rapporto tra la spesa media pro-capite delle UsL della Regione (=100) e la spesa pro-capite della singola UsL

Tav. 3.21.5. - Rete ospedaliera pubblica e privata accreditata

USL	POSTI LETTO X 1.000 ABITANTI			TASSO DI UTILIZZAZ. x 100 (c)	
	OSP. USL (a)	Az. Osp. (b)	IST. PRIV. ACCRED.		
Sassari	4,4		0,5	5,9	64,2
Olbia	-		-	1,0	70,5
Nuoro	4,9		-	5,9	59,3
Lanusei	2,6		1,3	4,9	71,9
Oristano	2,5	1,0	1,2	4,6	67,7
Sanluri	1,2		-	2,1	73,5
Carbonia	4,3		-	5,2	65,9
Cagliari	4,4		2,3	7,6	68,4

dati 1996

(a) Comprende ospedali UsL ed equiparati

(b) Comprende anche 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 UsL della regione di appartenenza

(c) Tasso di utilizzazione= giornate di degenza diviso posti letto per 365

3.21.6. MEDICI E INFERMIERI DIPENDENTI DELLE USL

La disponibilità di medici è decisamente superiore alla media nazionale (19,2 contro 11,9 per 10.000 abitanti), con un rapporto di circa 1 a 2,5 con gli infermieri (che sono 51,3 ogni 10.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 38,0 infermieri).

Il minor numero di medici è quello di Sanluri (9,8) compensato da 2 infermieri per medico (21,5).

Di contro a Cagliari abbiamo 22,8 medici per 10.000 abitanti con 53,8 infermieri (in questo caso meno di 3 per medico).

3.21.7. MEDICINA DI BASE

Per quanto concerne la medicina di base, il numero di scelte per medico è in linea con la media nazionale (1.048 della Regione contro 1.027,9 a livello nazionale).

Per contro i bambini assistiti per pediatra sono 1.291,6 a fronte di 1.301,6 a livello nazionale.

A livello di Usl la variabilità è minima per quanto concerne il medico di base, passando dalle 1.015,3 scelte di Nuoro, alle 1.227,3 di Olbia. Il maggior numero di bambini assistiti per pediatra è invece quello di Nuoro pari a 1.999,6.

Per quanto attiene all'attività dei medici di base, utilizzando come indicatore quello delle prescrizioni per assistito, si rilevano in media 4,5 ricette per abitante a fronte delle 5,4 nazionali con un costo per ricetta di 35.100 lire inferiore alla media nazionale pari a 38.500 lire.

A livello di singola Usl le differenze sono rilevanti: nella Usl di Sassari si prescrivono in media 3,0 ricette di importo medio pari a 32.800 lire, mentre in quella di Nuoro e Sanluri le ricette sono 5,2 di importo rispettivamente pari a 33.000 e 38.600 lire.

Tav. 3.21.6. - Medici e infermieri dipendenti delle Aziende Usi (valori x 10.000 abitanti)

Usi	NUMERO	
	MEDICI	INFERMIERI
Sassari	22,1	69,5
Olbia	18,3	38,1
Nuoro	19,6	57,5
Lanusei	15,3	36,8
Oristano	13,3	38,4
Sanluri	9,8	21,5
Carbonia	19,2	53,3
Cagliari	22,8	53,8

Categoria	Media Regionale	Media Nazionale
Medici	19,2	11,9
Infermieri	51,3	38,0

dati 1996

Note: Escluso personale dipendente delle Aziende Ospedaliere

Tav. 3.21.7. - Medicina di base

Usi	N. ASSISTITI (a)	N. ASSISTITI (b)	N. RICETTE (c)	IMPORTO MEDIO (d)
	PER MEDICO	PER PEDIATRA	PER ASSISTITO	PER RICETTA (LIRE)
Sassari	1.054,1	1.210,1	3,0	32.800
Olbia	1.227,3	1.065,1	4,9	32.400
Nuoro	1.015,3	1.999,6	5,2	33.000
Lanusei	1.022,1	1.996,8	4,5	33.500
Oristano	1.045,4	1.538,8	4,8	37.700
Sanluri	1.019,3	1.643,9	5,2	38.600
Carbonia	1.056,9	1.712,3	5,1	35.300
Cagliari	1.030,7	991,6	4,7	35.700

Metrica	Media Regionale	Media Nazionale
(a) N. assistiti per medico	1.048,0	1.027,9
(b) N. assistiti per pediatra	1.291,6	1.301,6
(c) N. ricette per assistito	4,5	5,4
(d) Importo medio per ricetta	35.100	38.500

dati 1996

(a) Assistiti >14 anni diviso medici

(b) Assistiti <15 diviso pediatri

(c) Numero di ricette diviso popolazione pesata

(d) Importo totale ricette diviso numero di ricette

3.21.8. CONSUMO FARMACEUTICO (PROVINCIALE)

Nella regione la spesa media pro-capite complessiva per farmaci (pubblica + privata, venduti in farmacia), calcolata in base alla popolazione pesata, ammonta a 372.600 lire, in linea con la spesa media nazionale di 374.100 lire pro-capite. Anche per quanto riguarda i consumi in quantità, la Sardegna presenta valori allineati con il resto del Paese (25,6 confezioni pro-capite nella regione, contro 26 confezioni medie in Italia).

La provincia di Cagliari è quella in cui si registra il maggior consumo medio farmaceutico sia in termini di spesa (390.700 lire pro-capite), che di confezioni (26,5 a testa).

Sassari fa invece registrare la minore spesa farmaceutica complessiva (355.900 lire), mentre Nuoro il minor numero di confezioni (24,5).

L'analisi della spesa per grandi classi terapeutiche (in questa sede limitata alle categorie dei cardiovascolari e antibiotici) evidenzia un valore più basso rispetto alla media nazionale per l'acquisto di farmaci per terapie cardiovascolari, con una spesa media di 81.800 lire pro-capite contro le 86.000 lire medie a livello nazionale. Lo stesso vale per gli antibiotici, con una spesa media regionale di 44.600 lire pro-capite a fronte di 49.800 lire della media nazionale.

3.21.8.1. Spesa farmaceutica del Ssn

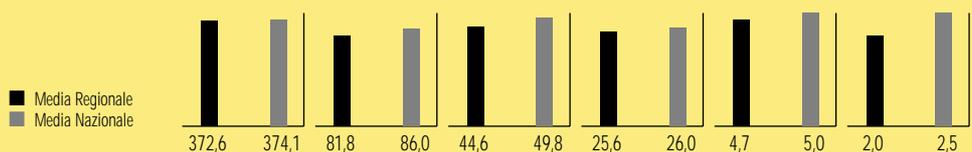
La spesa pro-capite media totale in farmaci a carico del Ssn (sempre in rapporto alla popolazione pesata) ammonta a 244.300 lire, contro le 236.000 lire pro-capite della media nazionale.

Il valore si compone della quota di spesa ospedaliera delle Aziende Usl, superiore alla media nazionale di quasi il doppio (51.000 contro 26.400 lire), di quella spesa dalle Aziende ospedaliere, di molto inferiore alla media nazionale (4.000 contro 14.300 lire) ed infine di quella relativa alla spesa per la farmaceutica convenzionata (leggermente inferiore alla media nazionale, 189.300 contro 195.200 lire). A livello di Usl, come valore complessivo, Cagliari (283.000 lire) è quella che spende di più, mentre Lanusei spende "solo" 185.000 lire.

Per quanto concerne la spesa ospedaliera delle aziende Usl la maggiore si ha a Cagliari con 74.700 lire, mentre la minore si rileva Sanluri con 16.700 lire. Per la farmaceutica convenzionata si rileva ancora nella Usl di Cagliari quella che ha la maggior spesa (204.300 lire) ed in quella di Lanusei quella con i valori più bassi (159.700 lire spese pro-capite).

Tav. 3.21.8. - Consumi farmaceutici globali (pubblici e privati) provinciali pro-capite (pop. pesata)

PROVINCIA	SPESA FARMACI (MIGLIAIA DI LIRE) (a)			NUMERO DI CONFEZIONI (VAL. ASS.) (b)		
	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI	TOTALE	PER CARDIOVASC.	PER ANTIBIOTICI
Sassari	355,9	79,2	40,1	24,9	4,5	1,8
Nuoro	361,9	76,3	45,9	24,5	4,4	2,2
Cagliari	390,7	86,8	47,2	26,5	5,0	2,1
Oristano	357,0	76,3	43,5	25,0	4,5	2,0



dati 1996

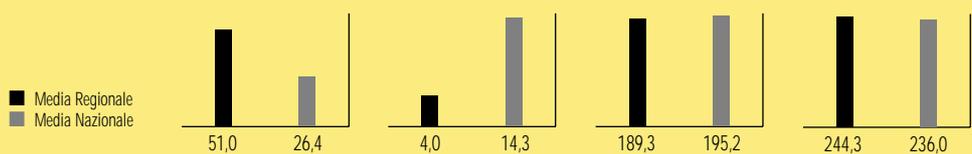
Note: Nella presente tabella sono state prese in considerazione, oltre ai valori complessivi, le due classi terapeutiche più significative (cardiovascolari e antibiotici)

(a) Consumi farmaceutici in valore (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

(b) Numero confezioni vendute (vendite in farmacia) diviso popolazione pesata

Tav. 3.21.8.1. - Spesa farmaceutica pro-capite Ssn (popolazione pesata, migliaia di lire)

USL	FARMACI ED EMOD.		FARMACEUTICA CONVENZIONATA	TOTALE FARMACI
	Az. USL	Az. Osp.(a)		
Sassari	63,5	4,0	189,9	257,4
Olbia	38,7		191,0	233,7
Nuoro	49,5		181,7	235,2
Lanusei	21,3		159,7	185,0
Oristano	28,1		166,3	198,4
Sanluri	16,7		191,8	212,5
Carbonia	35,2		192,3	231,5
Cagliari	74,7		204,3	283,0



dati 1996

(a) Per le Aziende ospedaliere si è tenuto conto del valore medio regionale di spesa, attribuendolo convenzionalmente in pari misura a ciascuna UsL della regione di appartenenza.

Ciò consente il confronto dei valori di spesa afferenti al bacino di utenza delle singole UsL indipendentemente dalla presenza "fisica" di Aziende ospedaliere sul territorio, consentendo anche un raffronto tra UsL appartenenti a regioni caratterizzate da diversi livelli di aziendalizzazione ospedaliera.

4. Il ruolo del farmaco nella tutela della salute: ipotesi di relazioni fra consumo farmaceutico ed alcune variabili economiche e sanitarie

4.1. PREMESSA

Lo studio qui presentato è un primo tentativo di verificare statisticamente quali legami esistano fra consumo farmaceutico, e quindi la spesa per esso sostenuta, ed alcune variabili che caratterizzano demograficamente, economicamente ed organizzativamente la realtà italiana ed in particolare il suo SSN.

Sebbene alcune relazioni si possano ipotizzare a priori con un elevato grado di fiducia – anche se come si argomenterà nel seguito non mancano le sorprese – l’aspettativa era quella di poter giungere ad una quantificazione di tali relazioni. Non ci possiamo però nascondere che le evidenze statistiche presentate richiederanno ulteriori e successive verifiche, in particolare allo scopo di controllare la stabilità dei coefficienti stimati nel tempo.

Le stime econometriche presentate saranno quindi oggetto di futura rivisitazione, nell’intento di monitorare con continuità il settore e di affinare le conoscenze quantitative su di esso.

4.2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO

Nell’ambito di una ampia ricerca tesa a descrivere lo stato di salute e lo sviluppo della assistenza sanitaria a livello di singole Asl, si è pensato di concentrare l’attenzione sul mercato farmaceutico onde descriverne determinanti e potenzialità.

Facendo parte di un più ampio modello descrittivo, il presente studio è limitato nel campo di indagine a quelle variabili socio-demografiche che trovano ragion d’essere e significatività nel modello generale.

Ovviamente non è possibile descrivere compiutamente il settore farmaceutico, nelle sue numerose e complesse angolature, con il solo materiale statistico attualmente disponibile. Peraltro si deve osservare che la carenza di informazione statistica è un vincolo forte, dal quale nessuna ricerca può esulare.

In particolare, la quasi totale assenza di dati sulla morbilità a livello generale limita di fatto le possibilità di indagine, proprio dove una tecnologia terapeutica avanzata come quella farmaceutica troverebbe naturale campo di applicazione.

Inoltre non trova ancora definitiva soluzione il problema della descrizione statistica del consumo farmaceutico, ove né il fatturato industriale, né

la spesa pubblica o privata possono adeguatamente rappresentare la contropartita economica alla risposta fornita al bisogno terapeutico. Appare infine ovvio constatare che la forte regolamentazione del settore complica ulteriormente l'analisi.

In ogni caso l'obiettivo di questo studio è più ristretto e come si è detto vuole limitarsi a verificare il "posizionamento" del farmaco all'interno di un più ampio set di variabili deputate in primo luogo a fotografare sul territorio un preciso istante del SSN italiano.

Il primo quesito al quale si è tentato di dare risposta è legato al ruolo del farmaco: abusando di uno slogan, potremmo chiederci se il consumo farmaceutico rappresenti un mero costo oppure anche un investimento. Infatti il consumo farmaceutico può, in linea di principio, ridurre o eliminare l'insorgenza di alcune patologie o renderne il decorso più rapido, come anche rappresentare una alternativa terapeutica efficiente oltre che efficace.

Sebbene, come già si è detto, la carenza di informazioni sulla morbilità renda oltremodo difficile - se non impossibile - la verifica di tale ipotesi, si è pensato di sfruttare la disponibilità di una classifica dello stato di salute elaborata nell'ambito del modello generale, per tentare una seppure parziale ed indiretta stima del fenomeno. E' quindi nata l'esigenza di verificare se su tale classifica il consumo farmaceutico abbia un positivo impatto o meno, valutandone il beneficio attribuibile al farmaco. Si noti preventivamente che la citata classifica è allo stato attuale limitata all'aspetto della mortalità evitabile ed è quindi più vicina ad una rappresentazione dell'efficacia dell'assistenza che non della morbilità.

Il modello ipotizzato è il seguente:

$$\text{CLASS} = a + b * \text{CF} \quad (\text{M1})$$

ove

CLASS = Classifica regionale MESS sullo stato di salute

CF = Consumo farmaceutico

con l'aspettativa che $b < 0$.

A seguire, secondo una ipotesi più "classica", si è voluto verificare il ruolo che l'età ed il reddito hanno sul consumo del bene farmaco. In generale è lecito aspettarsi che l'età implichi un maggiore consumo e che esista una relazione positiva anche con il reddito, anche se la regolamentazione pubblica (ovvero la totale o parziale gratuità dell'assistenza farmaceutica) possa fortemente indebolire o addirittura invertire il segno della relazione.

In questo caso l'ipotesi sottoposta a verifica è che:

$$\text{CF} = a + b * \text{ETA} + c * \text{RED} \quad (\text{M2})$$

ove

CF = Consumo farmaceutico

ETA = Indicatore demografico dell'età della popolazione

RED = Indicatore economico del reddito disponibile

con l'aspettativa che $b > 0$ mentre possiamo porre indifferentemente $c > 0$ oppure $c < 0$.

Infine ci si è posti il quesito di quale sia il rapporto fra consumo terapeutico e livelli di assistenza ospedaliera, con particolare riferimento alla durata della degenza.

Il modello è:

$$CF = a + b * IDGO \quad (M3)$$

ove

CF = Consumo farmaceutico

IDGO = Indice di degenza ospedaliera

con l'aspettativa che $b < 0$.

Il valore di tale coefficiente b potrebbe interpretarsi nel senso di una stima del costo farmaceutico trasferito sul territorio per effetto di un accorciamento della degenza.

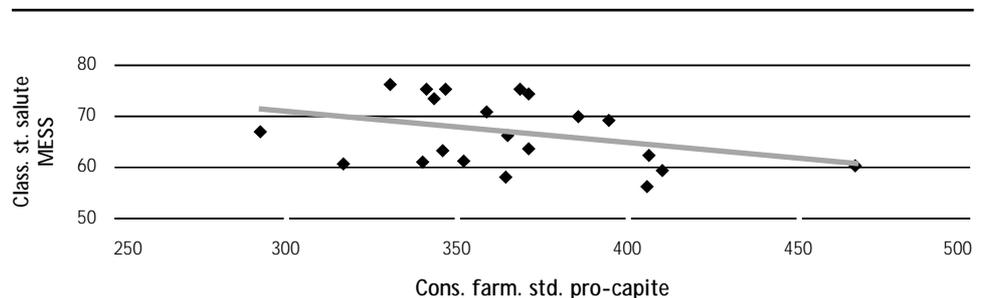
4.3. LE STIME ECONOMETRICHE

Nel seguito si riportano i risultati ottenuti da un punto di vista statistico, commentandoli quantitativamente. Le regressioni sono state eseguite con il metodo dei minimi quadrati ordinari, su dati regionali in generale riferiti all'anno 1996. In alcuni casi è stato opportuno inserire una variabile dummy, denominata nelle stime D1, per tenere conto del dato della Regione Molise, che è risultato statisticamente anomalo.

4.4. RELAZIONI TRA CONSUMO FARMACEUTICO, MORTALITÀ EVITABILE E REDDITO

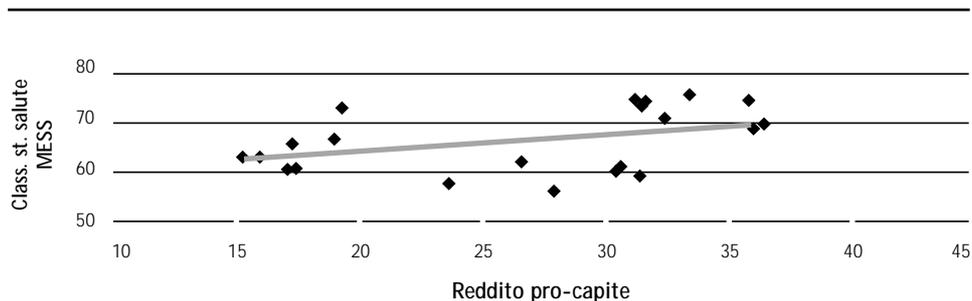
Iniziando dal primo modello (M1) si è effettuata una regressione del consumo farmaceutico standardizzato pro-capite in valore sulla classifica regionale per mortalità evitabile. Lo scopo di utilizzare un consumo farmaceutico standardizzato è quello di isolare l'analisi dagli effetti dovuti al fattore età. Di conseguenza il consumo pro-capite è stato calcolato su una popolazione di riferimento omogenea per età: si noti che anche la classifica è costruita con la stessa tipologia di standardizzazione. Inoltre si è voluto anche evitare che il risultato fosse condizionato dai diversi livelli di benessere economico regionali. A questo fine si è introdotta la variabile reddito nella equazione stimata. Il risultato econometrico sembra in effetti suggerire che un maggiore consumo sia associato ad un minore numero di anni persi pro-capite per mortalità evitabile (vedi grafici 4.4.1 e 4.4.2).

Grafico 4.4.1: Relazione tra classifica MESS e consumo farmaceutico



Il reddito di contro assume segno negativo, probabilmente per effetto della relazione nota fra industrializzazione (e quindi reddito) e forme neoplastiche, ove queste ultima entrano in modo importante nella definizione di mortalità evitabile.

Grafico 4.4.2: Relazione tra classifica MESS e reddito



In formule la relazione stimata risulta essere (fra parentesi sono riportate le statistiche t di Student):

$$\text{CLASS} = 88,9 - 0,102 * \text{CFWPCV} + 0,564 * \text{RPC} \quad (\text{E } 1)$$

$$\begin{array}{ccc} (8,2) & (3,2) & (3,5) \end{array}$$

$$R^2 = 0,47$$

ove:

CLASS = Classifica regionale MESS sullo stato di salute (anni persi evitabili per 100.000 "vivibili")

CFWPCV = Consumo farmaceutico procapite standardizzato in valore (mgl. di lire)

RPC = Reddito pro-capite (mil. di lire)

Il coefficiente del consumo farmaceutico ($b = -0,102$) ci indica quindi il presumibile risparmio in anni persi (mortalità evitabile) per 1000 lire di spesa (ca. 1 anno su 100.000 vivibili per 10.000 lire di spesa farmaceutica standardizzata pro-capite, pari a ca. il 3% del consumo attuale). Il calcolo discende dal fatto che una unità in più della variabile CFWPCV pari a 1.000 lire di spesa farmaceutica fornisce $-0,102$ (coefficiente b della regressione) anni di vita in meno su 100.000 vivibili (essendo la classifica espressa in tassi per 100.000 anni potenzialmente vivibili). Per recuperare un anno intero sono quindi teoricamente necessarie 10.000 lire in più di consumo farmaceutico, che rispetto alle 374.100 lire della media nazionale rappresentano ca. il 3% di aumento. Il risultato deve evidentemente essere interpretato con cautela, ma incoraggia ad approfondire lo studio del fenomeno: sarà infatti necessario allargare l'indagine alla sfera della morbilità, per la quale – come già si è detto – l'informazione statistica è fortemente insufficiente.

4.5. RELAZIONE TRA CONSUMO FARMACEUTICO, ETÀ E REDDITO

Per quanto concerne il secondo modello (M2) ci si chiede quali siano le determinanti del maggiore o minore ricorso al farmaco. In primo luogo si è voluta approfondire quantitativamente la relazione con età e reddito.

Per l'età si è utilizzato l'indice di vecchiaia elaborato nel MESS (rapporto fra ultra 65-enni e giovani 0-14 anni di età). Per il reddito si è ancora inserita la variabile pro-capite.

Si è evidenziato, come era lecito aspettarsi, una netta e positiva relazione fra età e consumo in termini sia di unità vendute che di valore (vedi grafico 4.5.1.1.).

Maggiormente problematica è invece la relazione fra reddito e consumo farmaceutico (vedi grafico 4.5.1.2.).

Grafico 4.5.1.1: Relazione tra consumo farmaceutico in valore e indice di vecchiaia

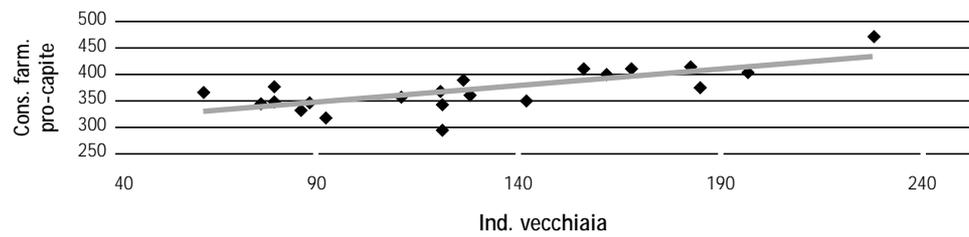
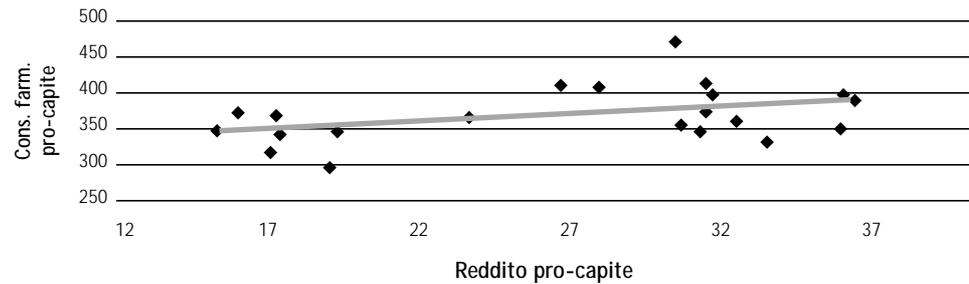


Grafico 4.5.1.2 Relazione tra consumo farmaceutico in valore e reddito



In generale, infatti, si rileva una relazione negativa, come si evince dalla seguente regressione:

$$\text{CFPCV} = 314,8 + 0,75 * \text{INDVEC} - 1,53 * \text{RPC} - 83,28 * \text{D1} \quad (\text{E } 2.1)$$

(17,4) (5,6) (1,8) (3,8)

$R^2 = 0,75$

ove:

- CFPCV = Consumo farmaceutico in valore (mgl. di lire)
- INDVEC = Indice di vecchiaia (%)
- RPC = Reddito procapite (mil. di lire)
- D1 = Dummy

Il coefficiente b è quindi positivo come nelle aspettative e il coefficiente c negativo ad indicare una relazione inversa con il reddito. Ci è sembrato necessario approfondire l'analisi separando la quota di spesa pubblica da quella privata, ovvero sostenuta direttamente dalle famiglie.

In primo luogo si osservi che sostituendo nella regressione la spesa totale con la sola spesa privata (comprensiva del ticket) il segno della variabile reddito risulta positivo (vedi grafico 4.5.2.1 e 4.5.2.2). Infatti si ottiene:

$$\text{SFPRPC} = 76,6 + 0,19 * \text{INDVEC} + 3,1 * \text{RPC} - 40,4 * \text{D1} \quad (\text{E } 2.2)$$

(5,3) (1,7) (4,5) (2,2)

$R^2 = 0,79$

ove:

- SFPRPC = Spesa farmaceutica privata pro-capite (mgl. di lire)
- INDVEC = Indice di vecchiaia (%)
- RPC = Reddito procapite (mil. di lire)
- D1 = Dummy

Grafico 4.5.2.1: Relazione tra consumo spesa farmaceutica privata e indice di vecchiaia

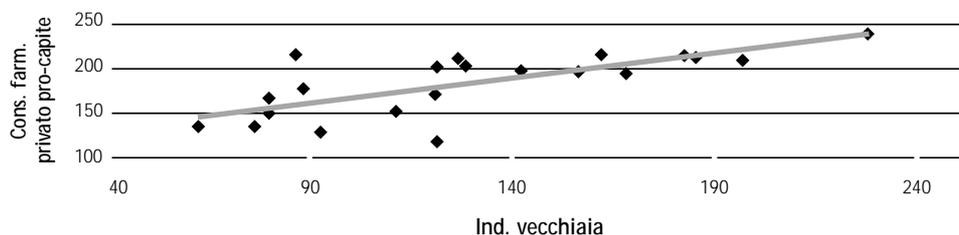
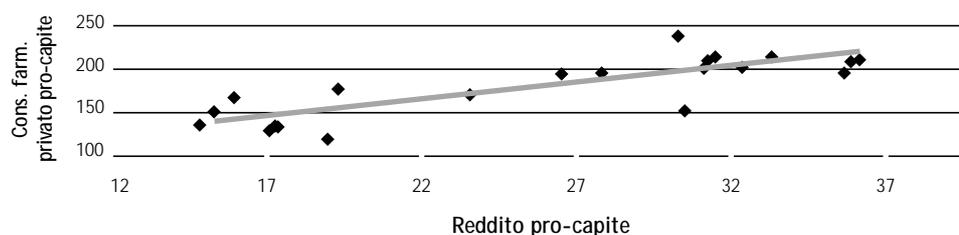


Grafico 4.5.2.2: Relazione tra spesa farmaceutica privata e reddito



Di contro l'equazione stimata sulla variabile spesa farmaceutica pubblica netta ha un coefficiente fortemente negativo, determinando il risultato complessivo (vedi grafico 4.5.3.1 e 4.5.3.2).

$$\begin{aligned}
 \text{SFPUPC} &= 219,7 + 0,43 * \text{INDVEC} - 3,40 * \text{RPC} \\
 &\quad (11,7) \quad (3,0) \quad (3,9) \\
 &\quad \quad \quad R^2 = 0,46
 \end{aligned}
 \tag{E 2.3}$$

ove:

- SFPUPC = Spesa farmaceutica pubblica pro-capite (mgl. di lire)
- INDVEC = Indice di vecchiaia.
- RPC = Reddito procapite (mil. di lire)

Grafico 4.5.3.1: Relazione fra farmaceutica pubblica e indice di vecchiaia

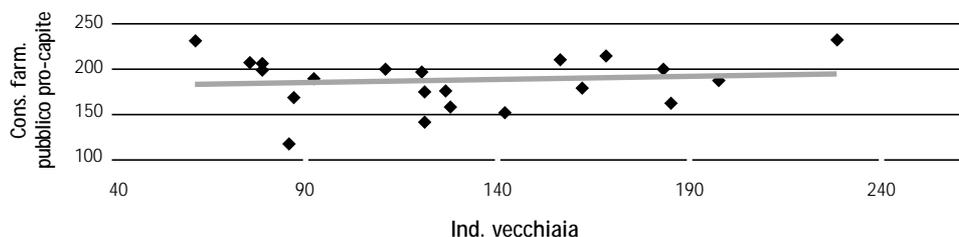
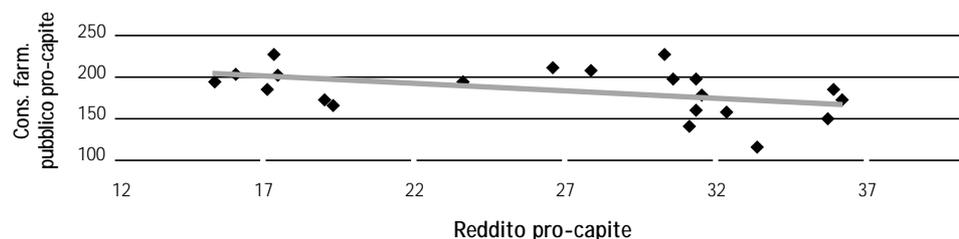


Grafico 4.5.3.2: Relazione fra consumo farmaceutico (pezzi) e indice di vecchiaia



In definitiva sembra emergere che la regolamentazione pubblica, ed in particolare il regime delle esenzioni, eliminano (o riducono fortemente) il fattore reddito sul consumo. La gratuità di fatto del bene lo rende inelastico al reddito, mentre la negatività del coefficiente è spiegata molto probabilmente con la dicotomia territoriale Nord-Sud: sia perché ad essa corrisponde un diverso livello di industrializzazione, che è noto da altri studi che comporta un minore consumo farmaceutico, sia per un uso probabilmente più razionale del bene al Nord rispetto al Sud. Si noti ancora che il coefficiente b relativo all'indice di vecchiaia nell'equazione E 2.2 ($b = 0,19$) è notevolmente più basso di quello presente nella equazione E 2.3 ($b = 0,43$). Quindi se ne deduce che la spesa pubblica è più sensibile al fattore età, pur rimanendo una quota di bisogno a carico della spesa diretta farmaceutica delle famiglie. In definitiva possiamo affermare che a livello generale maggiore reddito è associato a minore consumo farmaceutico: infatti il coefficiente $b = -1,53$ indica una riduzione di spesa farmaceutica complessiva di ca. 1,5 lire per 1000 lire di reddito pro-capite; nello specifico delle quote di spesa pubblica e privata si evince una riduzione di 3,4 lire per 1000 lire di reddito pro-capite della spesa farmaceutica pubblica, mentre la spesa farmaceutica diretta cresce di contro in proporzione al reddito in misura all'incirca analoga (come si evince da un coefficiente $b = +3,1$).

4.5.1. Relazione tra consumo farmaceutico in pezzi ed età

Si è voluto inoltre valutare cosa avviene in termini di pezzi venduti, verificando che essi sono correlati all'età della popolazione (vedi grafico 4.5.1bis).

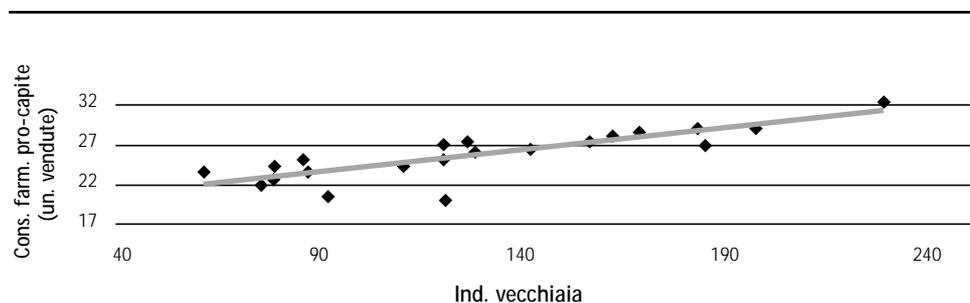
In termini quantitativi:

$$\begin{aligned} \text{CFPCU} &= 18,6 + 0,06 * \text{INDVEC} && \text{(E2b)} \\ & \quad (15,9) \quad (6,4) \\ & \quad \quad \quad R^2 = 0,69 \end{aligned}$$

ove:

CFPCU = Consumo farmaceutico pro-capite (pezzi venduti annui)
INDVEC = Indice di vecchiaia (%)

Grafico 4.5.1.bis: Relazione tra consumo farmaceutico (pezzi) e indice di vecchiaia



4.6. RELAZIONE TRA CONSUMO FARMACEUTICO E DEGENZA OSPEDALIERA

Un ultimo aspetto degno di nota concerne la relazione di sostituibilità fra assistenza farmaceutica ed ospedaliera, secondo il modello M3.

L'indagine in tal senso è resa complessa da numerosi fattori. In primo luogo la scelta della proxy rappresentativa della assistenza ospedaliera:

nello studio si è optato per le giornate di ricovero pro-capite, anche se tale proxy evidentemente sconta la struttura per età della popolazione (con i dati disponibili non è stato possibile standardizzare tale variabile). Nella relazione influiscono inoltre fattori di efficienza regionale che allo stato dell'arte non è possibile rappresentare correttamente nella regressione. Pur se con questi limiti si è verificata la relazione fra spesa farmaceutica pubblica pro-capite e giornate di degenza negli ospedali pubblici e accreditati pro-capite.

$$SFASLPC = 302,8 - 59,4 * GGDEGPC \quad (E\ 3)$$

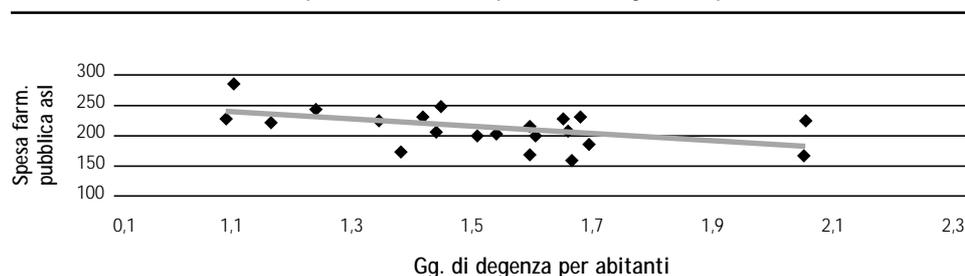
(8,5) (2,6)

$R^2 = 0,26$

ove:

SFASLPC = Spesa farmaceutico pubblica pro-capite (mgl. di lire)
 GGDEGPC = Giornate di degenza (ospp. pubblici e accreditati) pro-capite

Grafico 4.6.1: Relazione tra spesa farmaceutica pubblica e degenza ospedaliera



Seppure con i limiti richiamati, dalla stima si potrebbe dedurre che una riduzione della ospedalizzazione determini una crescita della spesa farmaceutica; infatti, considerando un tasso di ospedalizzazione di circa il 180 per mille, risulta che una diminuzione della variabile GGDEGPC di ca. 0,18 equivale ad una riduzione della degenza media da 8,3 giorni a 7,3; tenuto conto del coefficiente $b = -59,4$ se ne desume che un giorno di ospedalizzazione in meno per ogni ricovero implicherebbe un aumento di ca. 11.000 lire della spesa farmaceutica pubblica pro-capite.

La relazione è spiegabile con l'attuale tendenza a dimissioni più precoci, e la conseguente necessità di un proseguimento della terapia farmacologica post-dimissione.

Sarà necessario approfondire l'analisi verificando come negli anni successivi l'avvento della remunerazione delle aziende ospedaliere a tariffe predeterminate per ricovero (DRG) possa avere cambiato tale relazione ed in particolare il coefficiente di trasferimento della spesa. Allo stato attuale della ricerca emerge un possibile trasferimento di spesa fra funzioni assistenziali all'interno del SSN.

4.7. CONCLUSIONI

Come precisato in premessa il presente studio è solo il primo passo nel senso di un monitoraggio quantitativo delle relazioni fra consumo farmaceutico e variabili economiche e sanitarie.

Le relazioni presentate dovranno essere validate replicandole su nuovi

dati più recenti non appena disponibili, in particolare al fine di verificare la stabilità dei parametri.

Allo stato attuale della ricerca alcuni punti emergono e stimolano nuovi approfondimenti. Considerando lo studio come un lavoro in itinere riteniamo di concludere l'analisi riassumendo i principali risultati ottenuti, considerando gli stessi come punti di partenza e non di arrivo:

1. sembra evidenziarsi una relazione fra consumo farmaceutico e la mortalità evitabile (al netto di differenze territoriali ascrivibili ai diversi stadi di sviluppo economico), nel senso di un minore numero di anni persi ove maggiore è il consumo farmaceutico. In proposito si può ipotizzare che 10.000 lire in più di spesa farmaceutica pro-capite (pari ad un aumento di circa il 3% del consumo attuale) porterebbero al recupero di 1 anno di vita su 100.000 vivibili, attualmente perso per cause di morte evitabili;
2. il consumo farmaceutico è funzione dell'invecchiamento demografico, ove il bisogno ad esso associato non è del tutto assorbito dall'intervento pubblico;
3. il consumo farmaceutico è funzione del reddito, con segno opposto fra consumo a valere sull'assistenza pubblica e consumo diretto delle famiglie; mentre il secondo è positivamente correlato con il reddito, il primo sembra addirittura inversamente legato al reddito stesso, probabilmente per effetto del minore consumo farmaceutico normalmente associato ad un maggiore sviluppo industriale, nonché ad una maggiore educazione al ricorso responsabile al bene riscontrabile nel Nord del Paese;
4. sembra emergere una forma di sostituibilità fra assistenza farmaceutica ed ospedaliera; la diminuzione tendenziale della degenza media trasferirebbe costi aggiuntivi sul territorio; i dati disponibili tra loro correlati mostrano un possibile incremento, in particolare a livello di spesa farmaceutica pubblica, in ordine alle 11.000 lire per singola giornata di riduzione della degenza media.

Appendici

APPENDICE 1

MESS – MODELLO DI EPIDEMIOLOGIA DEI SERVIZI SANITARI

A.1.1. IL MESS NEL CONTESTO DEI NUOVI MODELLI DI CONOSCENZA E MONITORAGGIO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ITALIANA

Dopo la crisi del 1992-94, la pubblica amministrazione italiana è impegnata a mutare i propri assetti sulla base di quattro grandi obiettivi di riforma: sanità, rapporto di lavoro pubblico, bilancio dello Stato, sistema previdenziale. L'aziendalizzazione della sanità, la nascita dell'ARAN con il conseguente rispetto dell'accordo sul costo del lavoro, la riorganizzazione della pubblica amministrazione centrale in centri di costo e di responsabilità e la legge 335 del 1995 sul sistema previdenziale sono divenuti in questi pochi anni realtà che il raffreddamento dell'inflazione ai minimi storici degli anni sessanta, l'ingresso in Europa e la tenuta dei principali indicatori di carattere economico confermano, sia pure tra luci ed ombre (cfr. tasso di disoccupazione).

Meno alla ribalta delle cronache, un nuovo e più incisivo modello di conoscenza e monitoraggio sta faticosamente cercando di trovare la luce ed accompagna e sostiene i profondi mutamenti in atto. I dipendenti pubblici sono annualmente "radiografati" nei volumi del Conto Annuale del Tesoro sulla base di un modello che ciascuna delle oltre 10 mila pubbliche amministrazioni è tenuta a compilare. La riscrittura del bilancio dello Stato secondo nuovi criteri di analisi per centri di responsabilità è in atto fin dal bilancio di previsione del '98, approvato negli ultimi giorni del '97. Le aziende sanitarie stanno spostandosi dalla contabilità finanziaria a quella economica per centri di costo (in fase avanzata di realizzazione in alcuni casi) ed anche le attività di ricovero e cura ospedaliera sono meglio indagabili per il più diffuso e attento uso della scheda di dimissione ospedaliera, derivata per regolare i livelli di finanziamento (remunerazione per DRG), ma che permette soprattutto un salto di qualità nella conoscenza delle patologie curate. Solo sul fronte previdenziale una approfondita verifica di sostenibilità deve ancora aspettare.

Questo nuovo modello di conoscenza tuttavia soffre di alcuni difetti ereditati dagli anni settanta e ottanta che ne rendono più debole l'incisività e

la spinta al cambiamento, sintetizzabili in tre ordini di ragioni.

In *primo luogo* in tutte le grandi esperienze sopra ricordate è ancora quasi sconosciuta la puntuale raffigurazione delle variazioni osservate da un esercizio all'altro: il sistema di rilevazione dei dati ed anche quello di esposizione sono una serie di fotografie istantanee che è compito di studiosi ed addetti ai lavori mettere faticosamente in sequenza piuttosto che sistemi orientati ad evidenziare il cambiamento. Ciò vale per il bilancio dello stato, per le rilevazioni del pubblico impiego ed anche per le esposizioni dei conti della sanità.

In *secondo luogo*, nonostante molte indicazioni di principio, è ancora raro l'utilizzo di indicatori a fini di confronto tra le diverse unità di osservazione: costruire indicatori, cioè tradurre i dati grezzi rilevati in sintesi conoscitive potenzialmente base di giudizio di efficacia-efficienza, si scontra di fatto con lungaggini e ostacoli anche di natura culturale. Basti pensare che:

- a. nel pubblico impiego non è prevista la sistematica divulgazione di indicatori riferiti alle singole amministrazioni;
- b. nel bilancio dello Stato è prevista l'analisi di dettaglio dei diversi centri di responsabilità ed anche la suddivisione analitica nei diversi capitoli elementari; l'assenza di indicatori di sintesi ed il confronto con le risorse umane utilizzate rende però l'eccesso di informazione paradossalmente un limite alla finalità conoscitiva;
- c. il sistema informativo sanitario prevede indicatori elaborati a livello locale quale strumento di orientamento della programmazione delle aziende sanitarie; questi indicatori sono base per quelli regionali e per la relativa politica di programmazione; infine questi ultimi vengono sintetizzati a livello nazionale; l'intero progetto è partito nel 1994 ma solo ora sta muovendo i primi passi.

In *terzo luogo* la finalità conoscitiva dei sistemi informativi pubblici in Italia risulta appesantita da metodologie ragionieristiche di certezza ed universalità del dato e non si avvantaggia, all'opposto, di strumenti statistici su basi probabilistiche. Sono quasi assenti rilevazioni campionarie finalizzate ad avere informazioni statisticamente corrette in tempi utili per la decisione e quindi i grandi sistemi informativi di tipo ragionieristico/universale presentano regolarmente ritardi di anni. Pressoché sconosciuta è la metodologia di rilevazione di pochi e significativi eventi sentinella su basi generalizzate (primo stadio), finalizzata alla selezione di aree critiche o di eccellenza sulle quali approfondire l'analisi ed i controlli (stadi successivi). Si tratta di seguire modelli più agili ed orientati all'azione, azione più incisiva in quanto concentrata solo su alcuni soggetti selezionati, eventualmente mediante l'analisi di profili. L'orientamento a valutazioni qualitative di informazioni quantitative, se da un lato si scontra con la cultura ragionieristica, dall'altro potenzia enormemente i processi di conoscenza e di intervento.

A.1.2. IL SISTEMA INFORMATIVO

Fin dal 1992 l'Osservatorio dei servizi sanitari dell'Università di Roma Tor Vergata si è interessato al problema di fondo dei Servizi sanitari che riguarda la conoscenza dello stato di salute della popolazione e fin da allora si è cercato di realizzare un modello di indicatori non limitato solo

agli aspetti gestionali e finanziari del servizio sanitario nazionale¹. In effetti si tratta di una rielaborazione in un unico centro di conoscenza di aspetti già conosciuti e a disposizione del pubblico: il modello conoscitivo del MESS è mutuato dai *National Health Service Indicators*²; i dati sono pubblicamente disponibili; le tecnologie informatiche sono un patrimonio pubblico.

Quale quindi il valore aggiunto del MESS?

La prima risposta è legata al *sistema informativo* che rappresenta, avvalendosi anche di una informatica semplice e facilmente accessibile. MESS è il tentativo di curare tutti e tre gli elementi che costituiscono un buon sistema informativo:

1. *Buoni dati di base* – sono state usate statistiche elementari pubblicamente disponibili, raccolte in una unica banca dati di 1,4 milioni di osservazioni elementari, raccordando in modo coerente fonti differenti come Istat, Sistema informativo sanitario, Conto annuo delle pubbliche amministrazioni del Ministero del Tesoro, dati comunali Ancitel e provinciali dell'Istituto Tagliacarne, oltre alla base dati degli infortuni sul lavoro dell'Inail.
2. *Elaborazione di indicatori orientata al loro contenuto conoscitivo*. Il modello di indicatori costruito è finalizzato a consentire un confronto agile fra ogni singola Azienda sanitaria locale suddiviso in tre grandi segmenti: *a.* stato di salute, cioè l'obiettivo cui sono orientati i servizi sanitari; *b.* funzionamento del servizio sanitario nazionale, cioè lo strumento che opera per il raggiungimento di un migliore stato di salute; *c.* i contesti socio-economico e demografico in cui opera il servizio sanitario nazionale, che costituisce il tessuto in cui si innesta l'operato dei servizi, determinante non trascurabile dei livelli di salute e allo stesso tempo elemento esogeno all'operato dei servizi sanitari, che solo indirettamente vi intervengono (si pensi al ruolo del Ssn nei tassi di occupazione e disoccupazione o nei livelli di ricchezza delle diverse aree del Paese).
3. *Elaborazione di uno strumento di conoscenza che renda concretamente fruibile il patrimonio conoscitivo raccolto*. Se è lapalissiano che senza buoni ingredienti ("buoni dati") non è fruttuosa alcuna elaborazione successiva ed è altrettanto immediata la considerazione che anche i migliori ingredienti non sono sufficienti per garantire un adeguato successo senza tecniche elaborative qualitativamente elevate, vi è un ulteriore aspetto che condiziona la fattività dell'intera operazione e che è generalmente più trascurato nei servizi informativi pubblici. Si tratta del cosiddetto *marketing dell'informazione*, cioè della cura del contenitore di comunicazione che rende accessibili e rende concretamente fruibili al "cliente" i risultati del sistema informativo. In altre parole, una buona ricetta, per quanto basata su buoni ingredienti e ben cucinata, non raggiunge il suo scopo se non trova modalità agili e pratiche di raggiungere il proprio pubblico.

L'impegno del MESS, in conclusione, è quello di ricercare una equilibrata combinazione di dati/indicatori/comunicazione, utilizzando e armonizzando competenze diverse per ciascun segmento: competenze di data-base per la raccolta e la messa in linea di dati di differenti fonti; competenze statistiche

¹ Cfr. Giuseppe Cananzi, *Epidemiologia dei servizi sanitari: un modello informatizzato di indicatori*, *IgSanPubbl* 1997, vol. LIII, 2-3 suppl., 1-119.

² *National Health Service Management Executive, Health Service Indicators Handbook, Londra, 1993.*

ed economico-sanitarie per la elaborazione degli indicatori; competenze di “comunicazione” per la realizzazione del contenitore di comunicazione.

A.1.3. L'IMPEGNO STRATEGICO

Vi sono tuttavia due ulteriori ordini di risposta che si intersecano con il primo. Il primo consiste nell'impegno strategico di essere un veicolo che privilegia l'analisi delle micro-aree sanitarie, dei territori corrispondenti all'area di intervento delle singole Usl italiane. In questo senso le tecniche informatiche e in particolare le possibilità di posizionamento competitivo offerte dal MESS permettono di padroneggiare, e quindi rendere concretamente fruibile, il contenuto dei diversi indicatori riferiti ad ogni singola area del Paese, perché ogni indicatore è letto in una scala ideale costituita da tre aree:

- l'area della *normalità*, scelta convenzionalmente di dimensioni molto ampie perché raccoglie il 90% delle Usl che assumono per l'indicatore in esame valori più o meno distanti dalla media nazionale; si tratta, considerando che le Usl nell'anno in esame erano 228, di un'area di poco più di 200 casi;
- l'area dell'*eccellenza*, che individua il 5% delle Usl che assumono i valori più positivi dell'indicatore (poco più di 10 casi)³;
- l'area dell'*attenzione critica*, che individua, all'opposto, i circa 10 casi che assumono, per lo specifico indicatore, i valori meno favorevoli.

Le tecniche di posizionamento del MESS, attorno alle quali è costruito sia il *compact disk* che il presente volume si propongono, quindi, come una sorta di cruscotto di guida composto da quadranti di indicatori la cui lancetta ideale segnala, di volta in volta, il “verde” dei casi di eccellenza, il segnale di attenzione rosso delle aree critiche ovvero il segnale di tranquilla navigazione per tutti i casi, e sono la maggioranza, che si muovono intorno alla media del Paese, anche se a diversa distanza, positiva o negativa che sia.

Su questa base si innesta il secondo impegno strategico del MESS di stimolo all'abbandono del modello universale-ragionieristico di verifica e di controllo, pur nella consapevolezza delle difficoltà anche culturali che questa scelta comporta. L'invito a porre maggiore attenzione sui casi che si posizionano rispettivamente alla destra ed alla sinistra di una ampia normalità valutata nel 90% dei casi deriva da una serie di considerazioni sulle quali sembra opportuno attirare l'attenzione:

1. concentrare le energie del sistema Paese sui casi di attenzione, positivi o negativi che siano, utilizzando al meglio le energie di comprensione dei fenomeni e di intervento disperse nel modello attuale indistintamente su tutte le aree (tutte le 228 Usl italiane);
2. segnalare all'attenzione del pubblico (operatori della sanità, ma anche cittadini), i casi “migliori”, in modo da premiare con opportuna pubblicità e trasparenza l'operato di questi servizi e studiarne meglio le modalità operative;

³ Ciò vale nel caso di tutti gli indicatori che permettono un giudizio di polarità, come quello dei livelli di mortalità, in cui bassi livelli di mortalità possono essere considerati casi di eccellenza e all'opposto elevati tassi di mortalità casi di attenzione critica. Vanno ovviamente esclusi gli indicatori che non permettono tali ordini di giudizio, come ad esempio la dotazione di posti letto, per la quale sia l'eccesso (che comporta un aggravio di spesa) che la penuria (che comporta limiti all'assistenza) rimandano ad altri ordini di considerazioni.

- invitare implicitamente, con la stessa pubblicità che deriva dalla trasparenza dei dati, le aree critiche ad un percorso di ritorno sostenibile, costituito dal rientro dalla zona del 5% critico alla vasta area di una normalità che raccoglie il 90% del sistema Paese.

A.1.4. STRUTTURA E DIMENSIONE DELLA BANCA DATI

Per l'elaborazione dei 208 indicatori presentati nella ricerca è stata implementata una banca dati articolata sulle diverse aree di interesse (popolazione, mortalità, infortuni sul lavoro, rete ospedaliera, personale del Ssn, gestione finanziaria, consumi farmaceutici, medicina di base, contesto economico). Sono stati utilizzati complessivamente quasi 1.400.000 valori grezzi (dati elementari), escluse le tavole di decodifica, articolati come segue:

DATASET	N. DATI ELEM.	PRINCIPALI TABELLE DI DECODIFICA UTILIZZATE
Popolazione	349.968	Territorio (elenco Comuni, Aziende Usl, Province, Regioni)
Mortalità	556.325	Territorio, Classificazione delle cause di morte (ICD-9)
Infortuni sul lavoro	194.448	Territorio
Rete ospedaliera	27.777	Territorio, Istituti di ricovero, Tipo di istituto, Discipline ospedaliere, Aree assistenziali
Personale Az. Usl	159.600	Aziende Usl, Qualifica del personale, Voci stipendiali
Gestione finanziaria	55.950	Aziende Usl, Aziende Ospedaliere, Regioni, Capitoli di spesa, Aggregati di spesa
Consumi farmaceutici	18.746	Province, Regioni, Classificazione anatomica terapeutica chimica (ATC)
Medicina di base	912	Territorio
Contesto economico	24.718	Territorio
Totale	1.388.444	dati elementari

Dataset popolazione

1. Censimento 1991 → 153.900 dati elementari

Popolazione residente per 8.100 Comuni, per sesso e 17 classi di età quinquennali (0-4 anni, 5-9 anni, ... , 75-79 anni, 80 anni ed oltre).

2. Movimento anagrafico 1994 → 97.248 dati elementari

Popolazione residente per 8.104 Comuni, a inizio e fine anno per sesso; nati vivi e morti, iscritti da altro Comune e dall'estero, cancellati per altro Comune e per l'estero; numero di famiglie; superficie.

3. Movimento anagrafico 1996 → 97.224 dati elementari

Popolazione residente per 8.102 Comuni, a inizio e fine anno per sesso; nati vivi e morti, iscritti da altro Comune e dall'estero, cancellati per altro Comune e per l'estero; numero di famiglie; superficie.

4. Popolazione regionale 1994, 1995, 1996, 1997 → 1.596 dati elementari

Popolazione residente per 21 Regioni e Province Autonome a inizio anno per sesso e per 17 classi di età (0-4 anni, 5-9 anni, ... , 75-79 anni, 80 anni ed oltre), per gli anni 1994-1997.

– Tablette di decodifica

La banca dati contiene, inoltre, le codifiche di Comuni, Aziende Usl, Province, Regioni per gli anni 1991, 1994 e 1996; per omogeneità, tutte le elaborazioni sono state condotte raccordando i dati alle 103 Province ed alle 228 Usl esistenti nel 1996.

Complessivamente, la quantità di dati grezzi necessaria per le elaborazioni relative alla popolazione ammonta a 349.968 unità, oltre le tabelle di decodifica.

Dataset mortalità

- Decessi → 556.325 dati elementari

Il database è costituito da 556.325 record (per singolo decesso avvenuto nel 1994 con indicazione della Usl di residenza, del sesso, dell'età e della causa di morte) e corredata delle opportune tabelle di decodifica, tra le quali la Classificazione internazionale delle cause di morte ICD-9 (6.774 voci).

Dataset infortuni sul lavoro

- Infortuni temporanei e permanenti → 194.448 dati elementari
Si tratta dei dati per 8.102 Comuni e 12 classi di età (< 20 anni, 20-24 anni, ... , 65-69 anni, 65 anni ed oltre) distintamente per infortuni temporanei e permanenti.

Dataset rete ospedaliera

- Dati di attività degli istituti di ricovero e cura → 27.777 dati elementari
Sono stati utilizzati il numero di posti letto, le giornate di degenza e le giornate disponibili per ciascuno dei 9.259 reparti rilevati; il database sulla rete ospedaliera è corredato dei dati anagrafici di 1.879 ospedali italiani pubblici e privati accreditati e della legenda delle 61 discipline ospedaliere.

Dataset personale Az. Usl

- Assetti retributivi ed occupazionali del personale dipendente delle Usl → 159.600 dati elementari
Sono stati informatizzati i dati distintamente per 12 voci retributive per singola Azienda Usl (228), per le 50 qualifiche utilizzate; il database contiene, inoltre, il numero del personale in servizio per Azienda, qualifica e sesso.

Dataset gestione finanziaria

- Dati di spesa per capitolo e Azienda → 55.950 dati elementari
Il database sulla gestione di spesa delle Aziende del Ssn contiene gli impegni di spesa relativi ai 150 capitoli rispettivamente per 82 Aziende Ospedaliere, 228 Aziende Usl e per le 21 Regioni (queste ultime identificabili come quote indistinte). Contiene, inoltre, i dati consolidati a livello regionale.

Dataset consumi farmaceutici

- Consumi farmaceutici in quantità e valore → 18.746 dati elementari
Le elaborazioni sono state condotte in base ai dati di consumo in quantità e in valore disaggregati al 2° livello della classificazione ATC (complessivamente 91 voci), per provincia.

Dataset medicina di base

- Medici e ricette → 912 dati elementari
Per ciascuna Azienda Usl (228) il database contiene il numero di medici di base e di pediatri, il numero e l'importo delle ricette.

Dataset contesto economico

- Variabili di contesto economico → 24.718 dati elementari
Il database contiene il numero di disoccupati (per sesso) e di occupati per Provincia ed il reddito prodotto su base provinciale; sono state informatizzate per singolo Comune le serie relative ai depositi bancari ed ai consumi elettrici (privati ed elettrici).

A.1.5. UTILIZZO DEL PACCHETTO APPLICATIVO

La presentazione di seguito esposta del MESS si avvale di alcune immagini dell'applicativo per chiarire al lettore le due principali funzionalità realizzate: posizionamento competitivo di una singola Azienda Usl e distribuzione delle Usl secondo uno specifico indicatore.

Il MESS, realizzato in ambiente *Windows* (è compatibile Windows 3.1, Windows 95 e Windows 98), si presenta all'utente come una normale finestra con cinque comandi:

1. *File*, per terminare la sessione di lavoro o per visualizzare o stampare un report;
2. *Ambito*, per selezionare il livello di aggregazione territoriale tra Azienda Usl, Provincia o Regione e, nell'ambito della scelta effettuata, il territorio di interesse (es: la Usl di Rieti, la provincia di Modena o la regione Campania);
3. *Indicatori* (compare solo dopo aver scelto l'ambito territoriale), per selezionare la famiglia di indicatori da visualizzare fra le seguenti
 - stato di salute, a sua volta articolato in mortalità 0-4 anni, mortalità 5-64 anni, mortalità > 64 anni, infortuni sul lavoro;
 - rete ospedaliera, articolata nelle sezioni dotazione di posti letto e utilizzazione dei posti letto;
 - personale delle Aziende Usl
 - gestione finanziaria
 - medicina di base
 - contesto demografico
 - contesto economico
 - appendice: atlante della mortalità.
4. *Grafici* (compare solo dopo aver scelto una famiglia di indicatori)
 - a barre, per visualizzare la distribuzione di frequenza di uno specifico indicatore;
 - a dispersione, per disegnare sugli assi cartesiani la combinazione di due indicatori qualsiasi a scelta dell'utente ed identificare il posizionamento relativo di ciascuna Usl, provincia o regione;
5. *Help*, guida del programma.

A.1.5.1. Il posizionamento competitivo di una singola Azienda Usl (o provincia o regione)

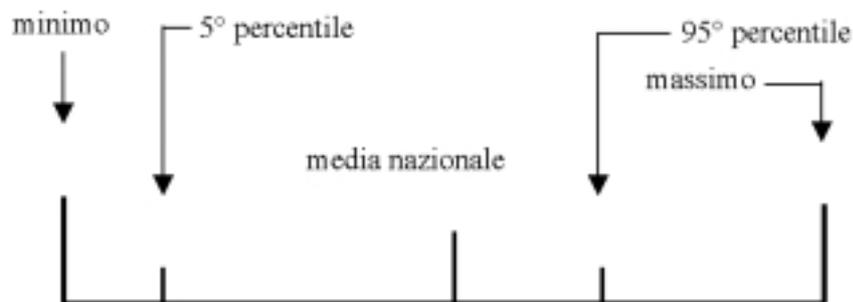
L'osservazione che la popolazione residente ad esempio nel territorio della Azienda Usl di Pientra nel Molise presenta i seguenti tassi di mortalità evitabile femminile 1994

- prevenzione primaria: 16,5 casi per 100.000 abitanti;
- igiene e assistenza sanitaria: 36,0 casi per 100.000 abitanti

è priva, di per sé, di contenuti conoscitivi per tutti coloro che non hanno conoscenze specialistiche necessarie per apprezzare l'ordine di grandezza di questo particolare fenomeno. La soluzione proposta dal MESS e mutuata dai *National Health Service Indicators* britannici è quella di rendere apprezzabili i dati di ciascun indicatore "posizionandoli" su una scala ideale che ha come minimo il valore più basso registrato fra le Usl italiane per il medesimo indicatore e come massimo il valore più elevato. All'interno di questa scala, esat-

tamente come su un termometro per misurare la temperatura, sono segnate tre diverse linee di graduazione, corrispondenti rispettivamente:

- al valore medio nazionale (linea di graduazione più marcata, in verde nel programma)
- ai due valori convenzionalmente critici del quinto e novantacinquesimo percentile (due linee di graduazione meno marcate, in rosso nel programma), cioè ai due valori all'interno dei quali si posiziona, sempre per l'indicatore in esame, il 90% delle Usl osservate (poco più di 200 Usl su 228).



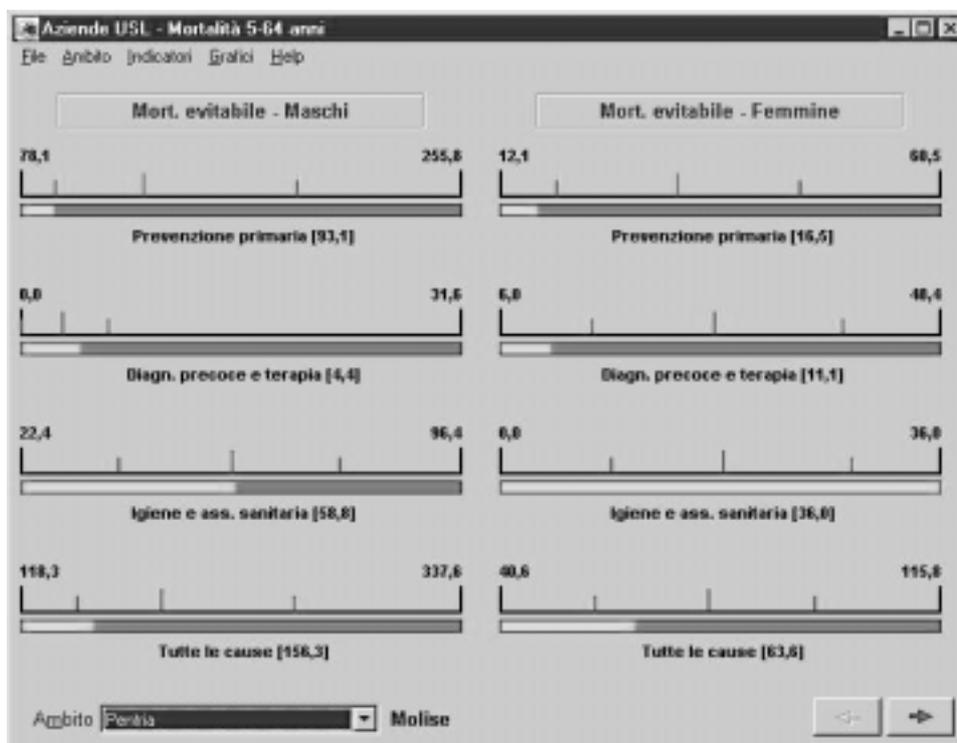
Il “termometro” che ne risulta permette di “misurare la temperatura” individualmente su ciascuna delle Usl italiane per l'indicatore in esame, dando luogo a tre possibilità:

prima possibilità la Usl ha l'indicatore scelto che si posiziona all'interno della grande area che va dal 5° al 95° percentile, nell'ambito del 90% di tutte le Usl italiane;

seconda possibilità la Usl in esame si posiziona nell'area critica che va dal minimo al 5° percentile, e quindi segnala un valore dell'indicatore che la posiziona nel 5% delle Usl italiane con il livello più basso del fenomeno considerato (area di eccellenza nel caso della mortalità);

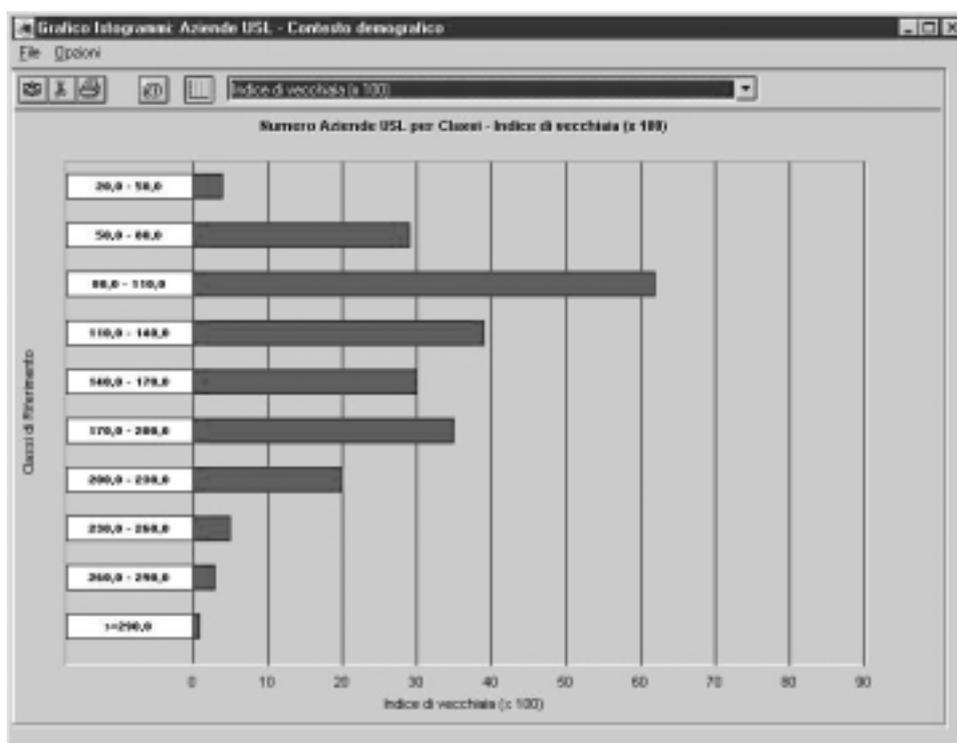
terza possibilità la Usl in esame si posiziona nell'area critica tra il 95° percentile ed il massimo nazionale (area di attenzione critica nel caso della mortalità).

Alla luce di tutto ciò la visualizzazione degli indicatori di mortalità evitabile femminile riferiti nell'esempio citato alla Azienda Usl di Pentria in Molise sono visualizzati dal MESS con l'immagine che segue (pagina a fronte in alto), assumendo un contenuto conoscitivo altrimenti non apprezzabile. È infatti immediatamente possibile rilevare come, nel caso della mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria (primo “termometro” a destra in alto della figura), il valore di 16,5 casi ogni 100.000 abitanti rientra nella zona critica di eccellenza, poco lontana dal minimo nazionale di 12,1 casi, ma comunque nell'ambito della decina di Usl italiane che presentano i valori più bassi in assoluto di questo specifico indicatore. Allo stesso modo è evidente come il valore di 36,0 casi di morti evitabili con interventi di igiene ed assistenza sanitaria sia un valore critico di segno opposto: in questo caso il tasso di mortalità femminile più elevato rilevato nel 1994 in Italia. La funzionalità sin qui illustrata permette di posizionare ognuna delle 228 Aziende Usl italiane (o province o regioni) secondo le diverse famiglie di indicatori elaborate. Poiché ogni videata contiene di norma 8 indicatori ed è immediata la possibilità di navigare tra una famiglia e l'altra, questa funzionalità è destinata a permettere “analisi di profilo” di uno specifico territorio.



A.1.5.2. Distribuzione delle Usl secondo uno specifico indicatore

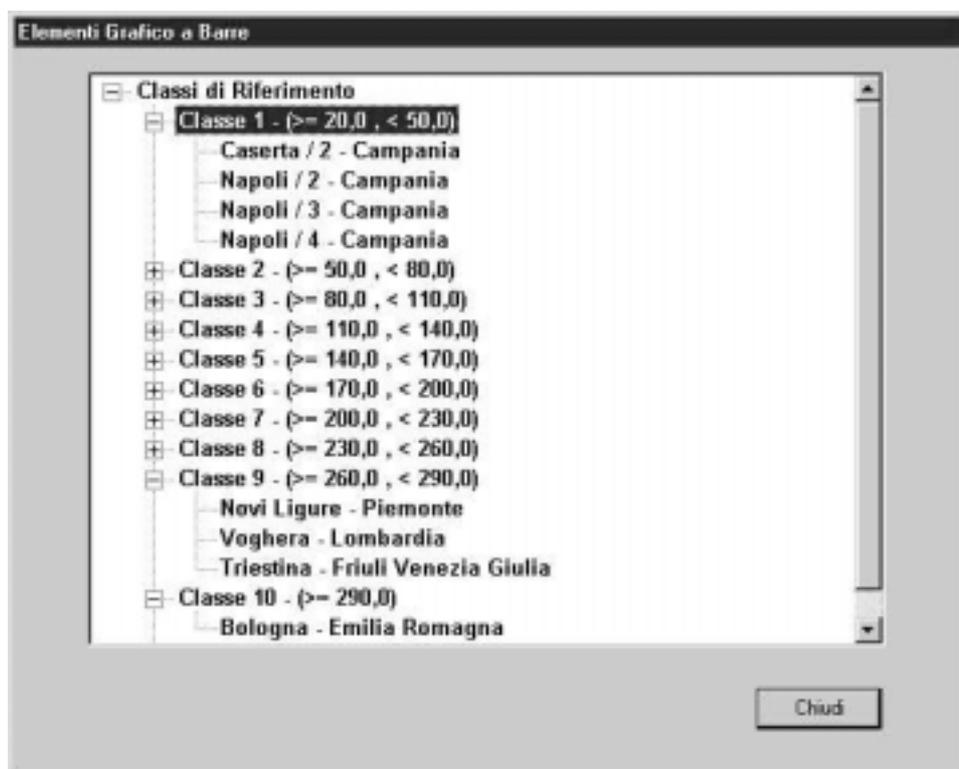
La seconda funzionalità del MESS, a valle della prima (comando Grafici → Grafici a barre) è invece orientata a comprendere la distribuzione di uno specifico indicatore e la “forma” della sua distribuzione di frequenza, solitamente campanulare. La figura che segue è riferita all’indice di vecchiaia, che misura il numero di anziani ultrasessantacinquenni residenti per ogni cento giovani fino a 15 anni di età.



La distribuzione di questo indicatore vede la numerosità più elevata nella terza classe del grafico, riferita ad una situazione di equilibrio anziani/giovani: oltre 60 Usl dimostrano da 80 a 110 anziani ogni 100 giovani, in pratica “circa” un anziano ogni giovane. Allontanandosi da questa classe la numerosità tende a diminuire sino a due casi limite: la prima classe, che vede meno di 50 anziani ogni 100 giovani e l’ultima classe, che vede circa 300 anziani ogni 100 giovani.

Questa distribuzione dà quindi ragione della rilevante diversità demografica delle diverse aree del Paese compresa, semplificando, fra gli estremi opposti di un anziano ogni due giovani e tre anziani per ogni giovane. Per navigare su tale distribuzione vi sono alcune “opzioni” di ricerca. È possibile identificare la posizione di una singola Usl (comando *Opzioni* → *Localizza Usl*), ma soprattutto è possibile consultare quali Usl (o province) fanno parte di ciascuna classe, utilizzando i tasti “+” e “-” per “sfogliare” le differenti classi. Nella figura che segue, il grafico a barre dell’indice di vecchiaia è riassunto nelle 10 classi che lo compongono. Premendo il tasto “+” sono state esplicitate

- le Usl della prima classe (meno di 50 anziani ogni 100 giovani), corrispondenti alla Caserta/2 e alle Usl Napoli/2, Napoli/3 e Napoli/4;
- le Usl della ultima e penultima classi (rispettivamente oltre 290 anziani ogni 100 giovani e tra 260 e 290 anziani ogni 100 giovani), corrispondenti a specifiche micro aree sanitarie del nord del Paese.



A.1.5.3. Ulteriori funzionalità del programma

Nel programma sono state inserite alcune ulteriori funzionalità, tutte richiamabili secondo un approccio semplice e amichevole. Si cita ad esempio la possibilità di copiare l’immagine di una distribuzione di frequenza per inserirla in un eventuale rapporto, di visualizzare, stampare o

esportare un report con i valori soglia di una famiglia di indicatori posti a confronto con quelli dell'unità territoriale esaminata o di esaminare congiuntamente due indicatori scelti a discrezione dell'utente e posti sugli assi cartesiani (premendo il tasto destro su ciascuno dei "punti" visualizzati, che rappresentano la coppia di valori degli indicatori scelti riferiti ad una specifica Usl, o provincia, o regione ne viene evidenziata la denominazione).

APPENDICE 2.1

MORTALITÀ EVITABILE PER USL, ETÀ MEDIA ALLA MORTE.

RANGO	AZIENDA USL ⁽¹⁾	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
				PREV.	DIAGN.	IGIENE E	TUMORI	SIST.	TRAUMAT.	ALTRE
				PRIMARIA	PR.E TER.	ASS. SAN.		CARDIOC.	E AVVEL.	CAUSE
1	Prato (Prato - Montemurlo - Carmignano)	TOS	53,8	51,8	58,0	55,8	57,9	56,0	40,0	49,6
2	Civitanova Marche (Civitanova M. - Recanati - Potenza Picena)	MAR	51,5	49,2	51,1	56,7	53,7	56,2	40,8	58,7
3	Jesi (Jesi - Cingoli - Filottrano)	MAR	52,4	51,2	46,3	57,3	57,2	56,3	34,4	59,5
4	Bari / 3 (Altamura - Gravina in Puglia - Santeramo in Colle)	PUG	49,8	45,6	52,5	55,5	54,9	55,1	33,5	52,7
5	Salerno / 3 (Capaccio - Agropoli - Sala Consilina)	CAM	53,3	52,2	53,1	54,6	54,2	57,2	38,8	53,2
6	Fano (Fano - Mondolfo - Fossombrone)	MAR	51,4	49,9	53,5	52,8	55,0	55,5	41,7	54,0
7	Rieti (Rieti - Fara in Sabina - Cittaducale)	LAZ	52,5	50,2	53,1	55,4	57,0	56,7	39,3	46,3
8	Chieti (Chieti - Francavilla al Mare - Ortona)	ABR	51,8	50,9	53,3	53,2	55,0	55,4	42,8	51,7
9	Ancona (Ancona - Falconara Marittima - Osimo)	MAR	50,9	49,6	53,8	52,4	56,7	53,9	38,7	43,5
10	S. Benedetto d/T (S. Benedetto d/T - Grottammare - Montepredone)	MAR	52,9	51,1	51,9	56,5	56,6	54,8	37,6	49,8
11	Avellino / 2 (Avellino - Atripalda - Solofra)	CAM	52,3	50,4	55,2	53,9	54,9	55,8	37,9	51,9
12	Foggia / 1 (S. Severo - S. Giovanni Rotondo - Sannicandro Gargan.)	PUG	50,6	49,1	50,5	54,6	53,1	55,2	41,1	51,0
13	Pentria (Isernia - Venafro - Frosolone)	MOL	52,2	49,8	52,8	54,8	54,7	55,1	36,6	57,3
14	Macerata (Macerata - Tolentino - Corridonia)	MAR	50,1	47,3	53,0	55,8	54,2	57,3	37,5	53,3
15	Pescara (Pescara - Montesilvano - Spoltore)	ABR	51,7	49,8	51,4	54,7	53,7	55,2	41,9	53,9
16	Cosenza (Cosenza - Rende - Acri)	CAL	51,7	50,2	51,7	54,4	52,8	56,5	38,3	53,4
17	Lecce / 2 (Casarano - Gallipoli - Tricase)	PUG	52,1	49,9	53,5	56,3	55,3	56,1	40,9	52,7
18	Cinisello (Sesto S. Giovanni - Cinisello Balsamo - Cologno Monz.)	LOM	54,0	53,3	54,1	55,8	55,8	56,8	43,2	48,1
19	Fermo (Fermo - Porto Sant'Elpidio - Porto S. Giorgio)	MAR	52,2	51,5	54,5	52,9	55,9	54,0	40,6	54,4
20	Trapani (Marsala - Trapani - Mazara del Vallo)	SIC	52,0	49,5	52,2	55,9	54,5	57,3	38,5	54,8
21	Firenze (Firenze - Scandicci - Sesto Fiorentino)	TOS	52,4	51,5	52,5	54,6	55,1	56,3	38,9	54,8
22	Monza (Monza - Lissone - Brugherio)	LOM	53,2	53,0	51,1	54,3	55,7	55,7	42,0	43,0
23	Genovese (Genova - Arenzano - Recco)	LIG	53,9	52,4	53,8	56,5	56,1	56,9	36,3	54,0
24	Ragusa (Ragusa - Vittoria - Modica)	SIC	51,2	48,5	54,3	54,3	53,7	56,5	38,3	56,0
25	Messina (Messina - Barcellona Pozzo di Gotto - Milazzo)	SIC	52,2	50,1	53,4	55,3	54,5	56,6	38,8	50,4
26	Napoli / 5 (Torre del Greco - Castellammare di Stabia - Portici)	CAM	52,6	52,2	51,9	53,4	53,5	56,1	38,8	52,0
27	Bari / 4 (Bari - Bitonto - Modugno)	PUG	49,6	46,6	53,0	53,9	54,3	55,5	36,2	51,7
28	Pieve di Soligo (Conegliano - Vittorio Veneto - Susegana)	VEN	52,7	50,6	53,4	57,3	55,7	57,9	37,3	54,3
29	Bari / 1 (Andria - Corato - Canosa di Puglia)	PUG	50,7	50,3	52,1	51,2	55,0	53,7	41,5	51,5
30	Lagonegro (Lauria - Senise - Lagonegro)	BAS	53,0	51,8	44,3	57,2	55,2	57,1	40,0	59,0
31	Roma / H (Velletri - Pomezia - Anzio)	LAZ	50,7	49,0	52,0	53,7	54,1	56,0	35,9	48,0
32	Potenza (Potenza - Avigliano - Sant'Arcangelo)	BAS	53,0	51,5	50,1	56,0	55,2	56,7	43,8	52,0
33	Bari / 2 (Bari - Molfetta - Trani)	PUG	49,8	47,9	51,1	53,6	54,0	56,2	34,0	57,0
34	Empoli (Empoli - S. Miniato - Fucecchio)	TOS	49,5	50,2	49,4	48,0	52,0	55,0	40,6	47,0
35	Crotone (Crotone - S. Giovanni in Fiore - Cirò Marina)	CAL	49,9	48,2	54,3	52,3	53,9	55,7	35,9	43,5
36	Perugia (Perugia - Assisi - Bastia)	UMB	51,8	50,4	52,4	54,4	55,6	55,8	40,0	51,1
37	Merate (Merate - Casatenovo - Missaglia)	LOM	51,8	52,1	53,5	50,6	55,2	54,1	44,4	46,2
38	Venezia - Mestre (VENEZIA ⁽²⁾)	VEN	53,8	52,6	52,2	58,7	56,4	58,0	36,8	56,6
39	Benevento (Benevento - Montesarchio - Sant'Agata de' Goti)	CAM	51,6	49,7	50,9	54,6	52,8	56,4	41,0	50,3
40	Sanluri (Villacidro - Guspini - S. Gavino Monreale)	SAR	48,6	49,5	45,0	48,0	51,2	54,5	41,1	36,5
41	Matera (Matera - Bernalda - Montescaglioso)	BAS	50,2	48,7	51,7	52,4	54,6	54,7	37,2	46,9
42	Foligno (Foligno - Spoleto - Gualdo Tadino)	UMB	51,5	49,6	53,9	55,5	56,3	56,6	37,3	57,3
43	Spezzino (La Spezia - Sarzana - Lerici)	LIG	53,4	52,9	51,0	55,9	54,7	56,1	43,6	57,9
44	Reggio nell'Emilia (Reggio nell'Emilia - Scandiano - Correggio)	EMR	52,0	50,1	54,8	55,8	56,1	56,4	41,2	51,7
45	Pistoia (Pistoia - Quarrata - Montecatini-Terre)	TOS	53,1	52,3	50,8	56,5	55,6	55,7	41,9	55,3
46	Rho (Rho - Lainate - Cornaredo)	LOM	53,2	52,2	55,6	54,5	55,6	54,9	42,3	58,9
47	Pisa (Pisa - Cascina - S. Giuliano Terme)	TOS	53,0	51,2	55,3	56,4	56,2	57,5	40,5	58,4
48	Livorno (Livorno - Piombino - Rosignano Marittimo)	TOS	52,1	50,6	51,0	55,3	53,6	56,2	41,4	53,6
49	Napoli / 2 (Giugliano in Campania - Pozzuoli - Marano di Napoli)	CAM	51,5	49,4	51,8	54,6	54,1	55,1	30,9	53,5
50	Roma (AM) (ROMA ⁽³⁾)	LAZ	52,2	50,5	53,2	54,6	54,9	56,2	37,6	50,7
51	L'Aquila (L'Aquila - Montoreale - Tornimparte)	ABR	49,4	45,2	51,8	54,8	53,3	54,9	30,9	51,0
52	Avellino / 1 (Ariano Irpino - Mirabella Eclano - Grottole)	CAM	51,4	50,6	51,9	52,6	55,3	55,8	36,2	43,8
53	Avezzano / Sulmona (Avezzano - Sulmona - Celano)	ABR	52,2	50,4	51,9	54,7	54,4	55,6	39,4	55,7
54	Ascoli Piceno (Ascoli Piceno - Folignano - Castel di Lama)	MAR	51,1	48,4	54,4	54,1	55,1	54,2	42,3	49,8
55	Agrigento (Agrigento - Licata - Sciacca)	SIC	50,8	48,5	53,7	53,8	54,7	56,0	36,5	55,7
56	Teramo (Teramo - Giulianova - Roseto degli Abruzzi)	ABR	50,9	49,6	53,2	53,2	55,8	53,6	39,8	55,5
57	Terni (Terni - Narni - Amelia)	UMB	53,0	51,6	53,6	55,2	57,1	54,8	42,8	54,3
58	Cantù (Cantù - Mariano Comense - Erba)	LOM	49,7	47,8	55,1	51,4	56,2	52,6	33,3	49,6
59	Frosinone (Frosinone - Cassino - Sora)	LAZ	50,2	48,4	52,1	52,9	53,7	55,3	36,0	47,8
60	Foggia / 2 (Manfredonia - Cerignola - Orta Nova)	PUG	48,3	45,9	50,4	54,3	55,2	56,5	33,4	41,6
61	Siena (Siena - Poggibonsi - Colle di Val d'Elsa)	TOS	53,0	51,6	52,3	56,2	55,0	57,1	39,9	53,6
62	Milano (AM) (MILANO ⁽⁴⁾)	LOM	53,0	51,9	53,4	55,1	55,7	55,8	40,9	52,1
63	Palmi (Palmi - Gioia Tauro - Taurianova)	CAL	50,0	47,5	54,7	54,3	55,9	55,2	37,4	49,0
64	Adria (Adria - Porto Viro - Porto Tolle)	VEN	52,2	51,7	49,8	56,8	55,8	59,1	40,8	43,5
65	Lanciano / Vasto (Lanciano - Vasto - S. Salvo)	ABR	50,9	47,9	49,9	56,0	53,0	58,0	37,0	49,6
66	Bari / 5 (Monopoli - Putignano - Gioia del Colle)	PUG	46,5	42,6	51,7	53,7	53,5	53,7	33,3	48,9
67	Lucca (Lucca - Capannori - Altopascio)	TOS	52,7	51,4	50,9	56,7	55,4	56,6	41,2	55,3
68	Lamezia Terme (Lamezia Terme - Curinga - Nocera Tirinese)	CAL	50,3	49,1	48,1	53,3	53,7	58,3	37,5	52,3
69	Palermo (Palermo - Bagheria - Monreale)	SIC	50,7	48,9	52,6	53,1	54,5	54,4	38,0	51,1

segue Appendice 2.1 - Mortalità evitabile per Usl, età media alla morte.

RANGO	AZIENDA USL (1)	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE				
				PREV. PRIMARIA	DIAGN. PRE. TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE	
segue											
70	Siracusa (Siracusa - Augusta - Avola)	SIC	50,0	47,8	50,3	53,8	53,5	56,4	35,5	43,2	
71	Salerno / 2 (Salerno - Cava de' Tirreni - Battipaglia)	CAM	52,3	51,3	52,3	54,2	55,0	56,0	37,9	49,0	
72	Napoli / 3 (Casoria - Afragola - Arzano)	CAM	52,2	50,4	53,6	54,8	55,0	54,6	35,4	55,5	
73	Triestina (Trieste - Muggia - Duino-Aurisina)	FVG	54,3	53,7	51,5	57,2	55,8	56,5	46,5	55,6	
74	Lecce / 1 (Lecce - Nardo - Galatina)	PUG	50,2	48,3	53,8	53,2	55,1	56,6	33,4	45,4	
75	Pesaro (Pesaro - Novafeltria - Sant'Angelo in Lizzola)	MAR	48,6	46,6	47,2	52,6	54,1	52,3	35,1	55,4	
76	Reggio Calabria (Reggio C. - Villa S. Giov. - Bagnara Calabria)	CAL	49,8	47,3	54,4	52,6	54,4	55,5	37,6	51,0	
77	Legnago (Legnago - S. Giovanni Lupatoto - Cerea)	VEN	52,1	51,5	51,5	53,3	56,6	53,6	42,1	46,3	
78	Cernusco (Segrate - Pioltello - Cernusco sul Naviglio)	LOM	52,0	50,6	52,3	54,8	55,1	56,2	36,1	52,2	
79	Rimini (Rimini - Riccione - Santarcangelo di Romagna)	EMR	50,1	49,0	48,6	52,7	54,4	53,0	36,8	52,8	
80	Fabriano (Fabriano - Sassoferrato - Cerreto d'Esi)	MAR	45,5	38,6	55,8	51,3	49,8	55,5	29,7	-	
81	Ravenna (Ravenna - Faenza - Lugo)	EMR	51,0	48,3	54,0	55,2	55,9	56,6	37,7	48,4	
82	Vibo Valentia (Vibo Valentia - Pizzo - Mileto)	CAL	50,4	48,1	51,1	55,3	54,3	57,5	36,3	48,4	
83	Arezzo (Arezzo - Cortona - Montevarchi)	TOS	49,2	47,1	50,4	53,9	53,5	55,7	36,6	51,1	
84	Garbagnate (Bollate - Paderno Dugnano - Limbiate)	LOM	52,3	51,2	54,8	53,6	55,9	54,7	38,4	51,2	
85	Roma / G (Guidonia Montecelio - Tivoli - Mentana)	LAZ	50,6	48,7	53,1	53,1	53,6	55,2	38,6	47,8	
86	Cesena (Cesena - Cesenatico - Savignano sul Rubicone)	EMR	50,1	47,5	52,8	54,9	55,8	55,2	40,4	47,0	
87	Brescia (Brescia - Montichiari - Gussago)	LOM	51,5	49,3	55,8	56,0	56,7	55,7	36,9	54,8	
88	Paola (Paola - Amantea - Cetraro)	CAL	49,9	47,0	50,3	53,9	52,6	56,9	36,7	46,2	
89	Gallarate (Gallarate - Cassano Magnago - Somma Lombardo)	LOM	50,7	49,1	51,4	54,2	55,1	55,1	38,1	45,4	
90	Bologna (BOLOGNA)	EMR	52,8	51,7	53,5	54,3	56,0	55,3	41,8	51,7	
91	Vimercate (Vimercate - Arcore - Concorezzo)	LOM	52,4	51,9	53,1	53,4	55,0	55,6	41,8	42,6	
92	Desio (Seregno - Desio - Cesano Maderno)	LOM	52,6	51,5	52,2	55,5	56,1	56,1	37,6	53,5	
93	Padova (Padova - Selvazzano Dentro - Albignasego)	VEN	51,9	49,9	52,4	55,7	54,9	55,9	41,3	54,6	
94	Savonese (Savona - Albenga - Varazze)	LIG	52,8	51,9	52,7	54,9	55,3	56,0	42,7	52,1	
95	Novi Ligure (Novi Ligure - Acqui Terme - Ovada)	PIE	52,2	49,2	56,4	55,7	56,8	57,0	36,8	52,4	
96	Massa Carrara (Massa - Carrara - Aulla)	TOS	53,0	51,7	54,4	55,6	56,5	55,2	39,6	54,1	
97	Brindisi (Brindisi - Fasano - Francavilla Fontana)	PUG	50,8	47,9	52,0	56,1	55,0	57,1	35,9	55,7	
98	Torino (AM) (TORINO (2))	PIE	52,6	51,0	53,7	55,3	55,6	56,0	40,5	52,5	
99	Basso Molise (Termoli - Larino - Montenero di Bisaccia)	MOL	51,6	49,0	52,6	55,5	53,3	57,4	41,0	52,1	
100	Rossano (Corigliano Calabro - Rossano - Cassano allo Ionio)	CAL	50,5	47,3	50,5	57,0	52,6	58,4	39,2	55,6	
101	Verona (Verona - S. Bonifacio - S. Martino Buon Albergo)	VEN	50,3	48,7	51,4	54,5	55,0	54,9	39,1	56,0	
102	Salerno / 1 (Nocera Inferiore - Scafati - Pagani)	CAM	52,6	50,0	51,2	56,5	55,3	56,8	35,3	60,2	
103	Chieri (Moncalieri - Nichelino - Chieri)	PIE	49,5	46,9	52,2	54,9	54,7	54,0	37,4	54,5	
104	Vicenza (Vicenza - Dueville - Torri di Quartesolo)	VEN	52,2	50,6	53,5	55,9	56,0	55,9	39,9	54,8	
105	Latina (Latina - Aprilia - Terracina)	LAZ	49,7	46,8	52,1	55,1	54,6	55,8	35,1	56,6	
106	Viadana (Viadana - Casalmaggiore - Castel Goffredo)	LOM	52,3	50,8	52,9	55,8	56,3	56,3	37,3	58,3	
107	Cittadella (Vigonza - Cittadella - S. Martino di Lupari)	VEN	49,9	48,3	53,6	54,0	55,6	54,8	37,2	51,0	
108	Castrovillari (Castrovillari - S. M. Argentano - Roggiano Gravina)	CAL	50,5	49,5	48,7	52,4	51,5	54,3	38,8	48,3	
109	Senigallia (Senigallia - Ostra - Arcevia)	MAR	51,0	48,5	49,7	54,3	54,3	59,7	41,0	46,9	
110	Voghera (Voghera - Stradella - Broni)	LOM	53,5	52,0	50,7	57,4	56,5	57,3	40,9	51,7	
111	Caserta / 1 (Caserta - Maddaloni - Marcanise)	CAM	51,6	49,9	50,4	55,0	53,8	55,1	38,8	53,8	
112	Roma / F (Civitavecchia - Cerveteri - Ladispoli)	LAZ	51,4	50,3	50,0	54,3	54,4	56,1	37,0	54,3	
113	Venosa (Melfi - Lavello - Vulture)	BAS	50,5	48,4	53,7	53,0	53,2	55,5	38,4	49,5	
114	Legnano (Legnano - Parabiago - Nerviano)	LOM	51,8	50,4	55,6	53,3	55,1	55,2	38,4	53,6	
115	Treviso (Treviso - Mogliano Veneto - Paese)	VEN	50,9	49,3	49,7	55,2	55,0	54,3	37,6	57,1	
116	Cagliari (Cagliari - Quartu Sant'Elena - Selargius)	SAR	48,1	45,8	52,1	51,3	53,1	54,9	36,3	44,9	
117	Chiavarese (Rapallo - Chiavari - Sestri Levante)	LIG	53,5	51,0	55,5	56,4	57,0	56,1	37,9	50,9	
118	Viterbo (Viterbo - Civita Castellana - Tarquinia)	LAZ	50,3	47,3	52,7	55,1	54,7	55,2	37,9	54,7	
119	Forlì (Forlì - Forlimpopoli - Meldola)	EMR	49,4	48,6	49,8	51,5	54,2	56,8	38,1	45,2	
120	Imperiese (S. Remo - Imperia - Ventimiglia)	LIG	52,6	50,7	53,9	55,8	55,6	56,0	41,3	52,5	
121	Montalbano Jonico (Pisticci - Policoro - Montalbano Jonico)	BAS	52,1	49,4	54,6	55,4	55,8	56,4	42,3	51,7	
122	Taranto (Taranto - Martina Franca - Grottaglie)	PUG	50,0	47,3	51,4	55,5	54,9	56,0	35,1	53,1	
123	Saronno (Saronno - Caronno Pertusella - Solaro)	LOM	49,2	47,0	54,5	52,5	54,2	53,9	34,1	49,0	
124	Versilia (Viareggio - Camaiore - Pietrasanta)	TOS	53,3	53,1	50,7	55,0	56,3	55,2	38,7	53,4	
125	Modena (Modena - Carpi - Sassuolo)	EMR	50,5	48,0	51,4	55,9	55,3	55,5	38,7	54,6	
126	Parma (Parma - Fidenza - Salsomaggiore Terme)	EMR	51,6	49,9	51,8	54,8	55,0	55,4	38,6	51,9	
127	Busto Arsizio (Busto Arsizio - Tradate - Castellanza)	LOM	52,2	51,2	49,9	55,3	54,6	56,8	38,3	50,3	
128	Mirano (Mira - Mirano - Spinea)	VEN	51,2	49,0	52,4	56,7	55,2	55,1	39,4	57,6	
129	Napoli / 4 (Acerra - Casalnuovo di Napoli - Pomigliano d'Arco)	CAM	52,4	51,0	49,7	55,2	54,5	56,2	35,1	49,8	
130	Salò (Desenzano del Garda - Lonato - Salò)	LOM	52,7	50,8	53,3	56,8	56,3	56,5	38,4	58,3	
131	Caltanissetta (Gela - Caltanissetta - Niscomi)	SIC	49,8	47,5	51,3	53,9	53,7	56,1	36,3	45,7	
132	Leno (Gheddi - Manerbio - Leno)	LOM	52,7	51,4	57,5	54,3	57,7	55,8	36,1	47,6	
133	Sassari (Sassari - Alghero - Porto Torres)	SAR	50,1	47,5	53,3	54,4	55,1	54,5	35,1	52,0	
134	Friuli occidentale (Pordenone - Sacile - Cordenons)	FVG	50,8	49,5	51,7	54,2	55,1	55,6	38,2	52,0	
135	Gardone Val Trompia (Lumezzane - Concesio - Sarezzo)	LOM	51,9	50,6	52,6	54,8	54,6	54,4	36,0	56,9	
136	Bassano del Grappa (B. del Grappa - Romano d'Ezzelino - Marostica)	VEN	50,4	49,4	48,4	53,9	54,2	55,9	38,7	52,4	
137	Catanzaro (Catanzaro - Soverato - Chiaravalle Centrale)	CAL	50,4	49,0	52,0	52,4	54,7	55,3	37,8	46,2	
138	Magenta (Abbiategrasso - Magenta - Bareggio)	LOM	52,4	51,4	53,5	55,1	56,0	55,1	38,5	56,4	
139	Chivasso (Settimo Torinese - Chivasso - S. Mauro Torinese)	PIE	51,0	49,8	50,9	54,6	54,9	55,2	36,3	48,7	
140	Cirié (Venaria Reale - Cirié - Alpignano)	PIE	53,3	52,4	52,3	55,4	55,4	56,7	38,7	48,8	
141	Camerino (S. Severino Marche - Matelica - Camerino)	MAR	52,2	49,0	54,5	56,0	56,4	56,1	39,7	56,7	
142	Olbia (Olbia - Tempio Pausania - La Maddalena)	SAR	47,7	45,1	51,4	53,6	55,0	55,8	33,8	41,0	
143	Urbino (Urbino - Cagli - Fermignano)	MAR	49,5	44,8	54,6	56,1	55,7	55,2	35,0	38,0	
144	Melegnano (S. Giuliano Mil. - S. Donato Mil. - Peschiera Borromeo)	LOM	52,1	50,5	52,8	55,4	55,5	56,8	36,0	54,8	

segue Appendice 2.1 - Mortalità evitabile per Usl, età media alla morte.

RANGO	AZIENDA USL ⁽¹⁾	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
				PREV. PRIMARIA	DIAGN. PR.E TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
<i>segue</i>										
145	Como (Como - Olgiate Comasco - Lurate Caccivio)	LOM	51,1	49,8	53,3	53,5	54,4	56,1	35,8	53,5
146	Asti (Asti - Canelli - Nizza Monferrato)	PIE	52,3	50,2	54,4	55,4	57,2	54,4	41,4	56,7
147	Bassa friulana (Cervignano dei Friuli - Latisana - S. Giorgio di Nogaro)	FVG	50,3	48,7	53,7	53,8	55,9	55,1	39,6	55,9
148	Lecco (Lecco - Calolziocorte - Valmadrera)	LOM	50,9	49,2	54,5	53,2	54,0	56,1	35,7	47,9
149	Varese (Varese - Malnate - Luino)	LOM	51,6	50,3	50,5	54,4	54,5	55,2	39,6	55,3
150	Bussolengo (Villafranca di Verona - Negrar - Bussolengo)	VEN	50,0	46,8	52,9	57,3	54,2	55,8	35,6	51,6
151	Centro-sud Bolzano (Bolzano - Laives - Appiano)	BOL	48,7	46,1	51,7	54,4	54,4	54,5	35,4	51,9
152	Catania (Catania - Acireale - Paternò)	SIC	50,1	47,7	50,5	54,5	53,7	55,8	36,7	48,6
153	Grosseto (Grosseto - Follonica - Orbetello)	TOS	51,6	49,3	53,7	55,9	55,9	56,0	39,8	55,1
154	Bergamo (Bergamo - Dalmine - Seriate)	LOM	51,3	49,1	53,9	54,8	55,9	54,2	36,2	55,9
155	Orvieto (Orvieto - Castel Viscardo - Fabro)	UMB	51,6	49,3	55,8	54,2	53,7	59,3	40,2	59,3
156	Foggia / 3 (Foggia - Lucera - Troia)	PUG	50,2	48,0	52,6	53,4	54,2	56,0	36,4	48,0
157	Enna (Enna - Piazza Armerina - Nicosia)	SIC	52,5	50,4	52,1	55,5	55,3	56,5	38,8	53,3
158	Alto Molise (Agnone - Carovilli - Capracotta)	MOL	53,5	50,3	58,3	56,8	55,2	54,0	53,7	39,0
159	Bologna nord (S. Giovanni in Persiceto - Castel Maggiore - Budrio)	EMR	48,9	46,0	50,8	55,5	54,6	55,3	37,4	55,0
160	Biella (Biella - Cossato - Vigliano Biellese)	PIE	51,7	49,6	55,2	55,9	56,9	55,5	36,1	57,9
161	Piacenza (Piacenza - Fiorenzuola d'Arda - Castel S. Giovanni)	EMR	52,1	50,6	54,1	54,5	55,8	56,3	36,7	53,1
162	Imola (Imola - Castel S. Pietro Terme - Dozza)	EMR	48,2	45,5	50,0	52,4	52,8	54,8	34,1	50,8
163	Trento (Trento - Rovereto - Pergine Valsugana)	TRN	50,2	49,0	53,6	52,1	55,2	53,0	38,7	51,5
164	Bologna sud (Casalecchio d/R - S. Lazzaro d/S - Zola Predosa)	EMR	51,9	50,8	51,3	54,2	54,5	55,7	42,8	48,3
165	Medio Friuli (Udine - Codroipo - Tavagnacco)	FVG	52,6	51,3	54,0	55,4	56,3	55,0	43,2	51,7
166	Omegna (Verbania - Domodossola - Omegna)	PIE	51,8	51,6	51,0	52,6	54,1	57,6	40,8	49,8
167	Centro Molise (Campobasso - Bojano - Riccia)	MOL	48,8	46,7	52,0	52,3	55,0	51,7	36,1	52,8
168	Isoncina (Gorizia - Monfalcone - Ronchi dei Legionari)	FVG	51,6	50,0	53,6	54,4	55,3	56,4	37,3	51,3
169	Ponte San Pietro (Ponte S. Pietro - Zogno - Calusco d'Adda)	LOM	51,9	51,0	50,7	55,1	55,4	56,6	38,1	52,5
170	Locri (Siderno - Locri - Bovialino)	CAL	50,3	48,7	49,0	55,1	55,1	56,5	39,1	52,7
171	Oristano (Oristano - Terralba - Cabras)	SAR	50,3	49,1	54,2	52,2	55,4	55,9	39,2	39,3
172	Arzignano (Valdagno - Arzignano - Montebelluna - Montebelluna)	VEN	49,9	47,9	52,6	54,0	54,7	53,8	36,8	50,7
173	Este (Monselice - Este - Montagnana)	VEN	51,3	49,4	55,9	56,0	56,0	56,1	39,1	53,7
174	Novara (Novara - Borgomanero - Trecate)	PIE	52,4	51,5	52,2	54,3	55,6	56,1	38,6	45,7
175	Mantova (Mantova - Castiglione delle Stiviere - Porto Mantovano)	LOM	49,8	48,0	51,0	53,1	54,0	54,9	36,1	50,3
176	Lanusei (Tortoli - Lanusei - Baunei)	SAR	48,9	45,9	49,0	54,2	54,2	55,3	35,9	47,9
177	Asolo (Castelfranco Veneto - Montebelluna - Veduggio)	VEN	48,1	46,4	52,1	51,9	54,4	55,0	36,4	50,8
178	Est Brunico (Brunico - Valle Aurina - Campo Tures)	BOL	47,8	43,9	47,3	54,8	55,3	54,0	34,3	47,7
179	Città di Castello (Città di Castello - Gubbio - Umbertide)	UMB	51,5	49,7	56,8	54,9	56,8	55,9	38,3	49,7
180	Chioggia (Chioggia - Piove di Sacco - Cavarzere)	VEN	52,1	50,4	54,0	56,9	55,7	57,6	39,0	56,8
181	Ovest Merano (Merano - Lana - Silandro)	BOL	47,8	44,4	52,5	54,8	55,0	55,8	36,2	49,7
182	Casale Monferrato (Casale Monferrato - Valenza - Trino)	PIE	51,8	50,3	54,0	54,2	55,3	56,4	37,9	48,0
183	Pinerolo (Pinerolo - Luserna S. Giovanni - Cumiana)	PIE	51,8	50,0	52,7	55,8	55,4	56,9	39,1	55,2
184	Napoli / 1 (NAPOLI)	CAM	51,8	50,3	52,4	54,1	54,3	55,4	37,3	49,6
185	Vigevano (Vigevano - Mortara - Garlasco)	LOM	51,8	50,1	55,1	55,0	56,0	55,9	35,8	53,6
186	Alessandria (Alessandria - Tortona - Castelnuovo Scrivia)	PIE	51,0	48,7	51,4	57,1	55,0	56,3	35,8	55,1
187	Belluno (Belluno - Ponte nelle Alpi - Cortina d'Ampezzo)	VEN	52,0	50,8	53,7	54,4	54,9	55,2	42,8	54,1
188	Nord Bressanone (Bressanone - Vipiteno - Chiusa)	BOL	46,4	45,2	46,3	50,3	55,3	53,8	34,7	35,5
189	Carbonia (Carbonia - Iglesias - Sant'Antioco)	SAR	46,8	45,1	54,1	49,9	54,3	54,5	33,4	40,6
190	Collegno (Rivoli - Collegno - Grugliasco)	PIE	49,6	48,0	52,9	52,3	54,0	55,2	35,7	49,5
191	Vercelli (Vercelli - Borgosesia - Santhià)	PIE	52,1	50,2	54,0	56,7	56,1	56,9	40,0	47,0
192	Crema (Crema - Castelleone - Pandino)	LOM	53,0	51,1	56,7	56,9	57,3	56,4	35,7	53,7
193	Chiari (Chiari - Palazzolo sull'Oglio - Rovato)	LOM	49,9	49,7	47,4	51,4	56,1	53,0	37,8	43,0
194	Cremona (Cremona - Soresina - Pizzighettone)	LOM	52,9	52,2	56,0	53,9	56,6	57,1	39,5	50,0
195	Albino (Albino - Alzano Lombardo - Nembro)	LOM	51,1	50,1	50,1	53,1	53,6	53,7	41,2	48,5
196	San Dona' di Piave (S. Dona' di Piave - Portogruaro - Iesolo)	VEN	48,7	46,6	51,3	55,6	54,7	57,2	35,4	54,1
197	Caserta / 2 (Aversa - Santa Maria Capua Vetere - Sessa Aurunca)	CAM	49,6	47,2	52,3	54,6	54,7	56,0	33,9	47,9
198	Ivrea (Ivrea - Rivarolo Canavese - Cuorgnè)	PIE	51,7	49,3	53,8	56,7	55,7	57,1	39,5	57,0
199	Treviglio (Treviglio - Romano di Lombardia - Caravaggio)	LOM	51,7	50,9	52,3	54,1	55,6	55,7	32,0	56,9
200	Thiene (Schio - Thiene - Malo)	VEN	52,2	50,6	53,7	54,9	56,2	55,4	39,7	51,8
201	Ostiglia (Suzzara - Gonzaga - S. Benedetto Po)	LOM	50,5	46,8	54,1	56,1	54,7	57,3	38,4	52,0
202	Ferrara (Ferrara - Cento - Argenta)	EMR	51,4	48,6	53,6	57,1	56,1	56,8	36,7	55,8
203	Cuneo (Cuneo - Borgo S. Dalmazzo - Busca)	PIE	50,3	47,8	51,0	55,4	55,0	54,8	36,7	55,5
204	Alba (Alba - Bra - Cherasco)	PIE	49,8	46,9	54,2	55,9	56,5	57,2	38,0	51,7
205	Savigliano (Fossano - Savigliano - Saluzzo)	PIE	49,7	47,3	54,2	53,6	54,2	55,9	37,3	52,8
206	Pavia (Pavia - Casorate Primo - Belgioioso)	LOM	51,9	50,5	54,8	54,5	55,8	55,8	37,6	50,3
207	Mondovì (Mondovì - Ceva - Villanova Mondovì)	PIE	50,5	47,9	49,4	57,2	54,6	56,7	39,6	57,7
208	Rovigo (Rovigo - Lendinara - Badia Polesine)	VEN	50,2	48,4	53,6	54,4	56,0	53,9	39,6	53,4
209	Lodi (Lodi - Codogno - Casalpuusterlengo)	LOM	51,4	50,1	53,6	54,5	55,4	56,5	33,2	57,2
210	Feltre (Feltre - Sedico - Mel)	VEN	51,3	49,2	53,1	57,5	56,6	57,1	37,9	58,0
211	Nuoro (Nuoro - Macomer - Siniscola)	SAR	47,9	44,5	54,1	52,7	53,7	53,4	35,1	54,1
212	Sondrio (Sondrio - Morbegno - Tirano)	LOM	50,1	48,4	51,9	54,0	56,0	55,5	34,9	47,5
213	Breno (Darfo Boario Terme - Pisogne - Breno)	LOM	50,7	49,9	50,4	53,4	55,5	55,4	39,2	42,2
214	Aosta (Aosta - Saint-Vincent - Chatillon)	VDA	50,8	49,4	50,2	54,4	54,5	54,5	42,4	52,6
215	Alto Friuli (Gemona del Friuli - Tolmezzo - Buia)	FVG	51,6	50,3	54,1	55,0	56,4	54,5	39,3	50,5

(1) Di seguito alla denominazione della Usl sono riportati tra parentesi i tre comuni più grandi in termini di popolazione ad essa afferenti.

(*) TORINO (AM) comprende le 4 Usl dell'area metropolitana di Torino, MILANO (AM) comprende le 6 Usl dell'area metropolitana di Milano, VENEZIA comprende le 2 Usl di Venezia e di Mestre, ROMA (AM) comprende le 5 Usl dell'area metropolitana di Roma.

APPENDICE 2.2

MORTALITÀ EVITABILE PER USL, TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ 0-74 ANNI. ANNO 1994. VALORI PER 100 MILA ABITANTI.

RANGO	AZIENDA USL ⁽¹⁾	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
				PREV.	DIAGN.	IGIENE E	TUMORI	SIST.	TRAUMAT.	ALTRE
				PRIMARIA	PR.E TER.	ASS. SAN.	CARDIOC.	E AVVEL.	CAUSE	
1 -	Prato (Prato - Montemurlo - Carmignano)	TOS	77,4	44,4	8,5	24,5	33,2	27,3	13,6	3,3
2 -	Civitanova Marche (Civitanova M. - Recanati - Potenza Picena)	MAR	78,6	46,5	11,8	20,2	37,2	19,4	19,1	2,9
3 -	Jesi (Jesi - Cingoli - Filottrano)	MAR	79,4	51,5	7,5	20,4	34,0	25,6	17,9	1,9
4 -	Bari / 3 (Altamura - Gravina in Puglia - Santeramo in Colle)	PUG	82,8	42,0	14,9	25,8	32,1	30,2	16,8	3,7
5 -	Salerno / 3 (Capaccio - Agropoli - Sala Consilina)	CAM	88,0	42,7	9,9	35,4	30,9	38,4	12,6	6,2
6 -	Fano (Fano - Mondolfo - Fossombrone)	MAR	80,7	42,7	16,8	21,2	34,3	19,4	22,8	4,3
7 -	Rieti (Rieti - Fara in Sabina - Cittaducale)	LAZ	86,7	46,8	6,5	33,3	26,3	35,7	20,3	4,4
8 -	Chieti (Chieti - Francavilla al Mare - Ortona)	ABR	88,9	53,7	5,6	29,6	31,5	27,4	21,9	8,1
9 -	Ancona (Ancona - Falconara Marittima - Osimo)	MAR	83,1	50,1	13,1	19,8	36,2	21,9	22,2	2,7
10 -	S. Benedetto d/T (S. Benedetto d/T - Grottammare - Montepandone)	MAR	90,9	45,1	19,4	26,4	45,4	26,5	14,6	4,4
11 -	Avellino / 2 (Avellino - Atripalda - Solofra)	CAM	92,5	45,1	9,5	37,8	36,6	34,8	13,7	7,5
12 -	Foggia / 1 (S. Severo - S. Giovanni Rotondo - Sannicandro Gargan.)	PUG	89,0	54,6	12,9	21,5	36,7	26,5	20,8	5,0
13 -	Pentria (Isernia - Venafro - Frosolone)	MOL	91,3	45,4	6,5	39,3	34,5	33,2	14,8	8,8
14 -	Macerata (Macerata - Tolentino - Corridonia)	MAR	79,8	50,8	9,2	19,8	27,6	23,2	25,9	3,1
15 -	Pescara (Pescara - Montesilvano - Spoltore)	ABR	90,1	47,9	11,1	31,1	34,9	28,4	19,1	7,7
16 -	Cosenza (Cosenza - Rende - Acri)	CAL	93,4	52,9	8,5	31,9	34,5	37,6	16,0	5,3
17 -	Lecce / 2 (Casarano - Gallipoli - Tricase)	PUG	93,2	56,3	11,6	25,3	39,0	28,2	21,4	4,5
18 -	Cinisello (Sesto S. Giovanni - Cinisello Balsamo - Cologno Monz.)	LOM	104,5	64,3	15,6	24,7	59,9	26,2	13,7	4,8
19 -	Fermo (Fermo - Porto Sant'Elpidio - Porto S. Giorgio)	MAR	91,8	53,7	7,3	30,8	36,9	32,9	18,8	3,3
20 -	Trapani (Marsala - Trapani - Mazara del Vallo)	SIC	94,9	50,7	12,2	32,1	36,1	30,2	20,1	8,6
21 -	Firenze (Firenze - Scandicci - Sesto Fiorentino)	TOS	92,7	56,6	12,2	23,9	46,6	21,5	18,3	6,3
22 -	Monza (Monza - Lissone - Brugherio)	LOM	100,0	54,3	12,9	32,8	45,3	35,8	15,3	3,5
23 -	Genovese (Genova - Arenzano - Recco)	LIG	97,1	54,2	14,2	28,7	48,3	29,1	14,1	5,6
24 -	Ragusa (Ragusa - Vittoria - Modica)	SIC	93,5	48,7	11,9	32,9	34,2	33,5	21,1	4,6
25 -	Messina (Messina - Barcellona Pozzo di Gotto - Milazzo)	SIC	97,3	54,1	12,5	30,7	40,6	34,0	17,3	5,3
26 -	Napoli / 5 (Torre del Greco - Castellammare di Stabia - Portici)	CAM	106,3	54,6	12,9	38,9	49,2	38,7	11,1	7,4
27 -	Bari / 4 (Bari - Bitonto - Modugno)	PUG	93,4	52,5	12,0	28,9	35,2	29,9	23,1	5,1
28 -	Pieve di Soligo (Conegliano - Vittorio Veneto - Susegana)	VEN	101,7	63,8	10,6	27,3	46,5	32,6	20,5	2,1
29 -	Bari / 1 (Andria - Corato - Canosa di Puglia)	PUG	97,6	65,0	6,9	25,7	37,2	29,9	25,2	5,3
30 -	Lagonegro (Lauria - Senise - Lagonegro)	BAS	100,5	55,8	9,5	35,2	33,3	41,0	21,1	5,1
31 -	Roma / H (Velletri - Pomezia - Anzio)	LAZ	96,5	56,5	9,8	30,2	42,5	31,6	18,4	4,1
32 -	Potenza (Potenza - Avigliano - Sant'Arcangelo)	BAS	102,8	58,7	9,0	35,1	32,4	39,1	22,8	8,5
33 -	Bari / 2 (Barletta - Molfetta - Trani)	PUG	96,2	56,5	14,3	25,5	45,3	26,0	20,4	4,6
34 -	Empoli (Empoli - S. Miniato - Fucecchio)	TOS	85,4	52,8	11,3	21,4	37,8	19,6	22,0	6,0
35 -	Crotone (Crotone - S. Giovanni in Fiore - Cirò Marina)	CAL	98,3	58,6	7,1	32,6	33,1	40,0	18,9	6,3
36 -	Perugia (Perugia - Assisi - Bastia)	UMB	95,7	56,8	11,0	27,9	37,9	29,9	23,7	4,1
37 -	Merate (Merate - Casatenovo - Missaglia)	LOM	101,5	61,7	11,3	28,5	46,3	26,4	23,4	5,3
38 -	Venezia - Mestre (VENEZIA ⁽²⁾)	VEN	105,7	72,2	11,9	21,5	57,4	21,8	17,5	8,9
39 -	Benevento (Benevento - Montesarchio - Sant'Agata de' Goti)	CAM	97,7	53,6	7,8	36,3	28,8	40,0	21,1	7,7
40 -	Sanluri (Villacidro - Guspini - S. Gavino Monreale)	SAR	91,3	59,6	10,5	21,3	34,8	28,0	22,8	5,8
41 -	Matera (Matera - Bernalda - Montescaglioso)	BAS	96,1	54,7	11,9	29,4	39,4	30,0	20,6	6,0
42 -	Foligno (Foligno - Spoleto - Gualdo Tadino)	UMB	93,7	61,0	10,0	22,7	36,0	27,3	26,3	4,2
43 -	Spezzino (La Spezia - Sarzana - Lerici)	LIG	103,3	59,0	17,4	26,8	53,9	28,6	17,9	3,0
44 -	Reggio nell'Emilia (Reggio nell'Emilia - Scandiano - Correggio)	EMR	98,6	65,1	8,8	24,7	40,4	25,9	27,9	4,6
45 -	Pistoia (Pistoia - Quarrata - Montecatini-Terre)	TOS	104,8	61,7	16,8	26,3	51,4	29,4	20,2	3,8
46 -	Rho (Rho - Lainate - Cornaredo)	LOM	111,2	67,0	11,3	32,9	52,1	34,9	18,6	5,6
47 -	Pisa (Pisa - Cascina - S. Giuliano Terme)	TOS	103,6	65,6	10,7	27,4	45,0	27,9	25,4	5,3
48 -	Livorno (Livorno - Piombino - Rosignano Marittimo)	TOS	100,7	56,6	14,7	29,4	47,9	29,3	20,0	3,5
49 -	Napoli / 2 (Giugliano in Campania - Pozzuoli - Marano di Napoli)	CAM	112,8	58,1	11,3	43,4	52,1	44,2	9,9	6,6
50 -	Roma (AM) (ROMA ⁽³⁾)	LAZ	103,2	56,1	13,7	33,4	46,1	32,7	17,5	6,8
51 -	L'Aquila (L'Aquila - Montoreale - Tornimparte)	ABR	91,3	49,6	6,4	35,4	23,1	41,6	19,0	7,6
52 -	Avellino / 1 (Ariano Irpino - Mirabella Eclano - Grottaminarda)	CAM	97,6	54,6	12,0	30,9	41,3	32,1	17,4	6,8
53 -	Avezzano / Sulmona (Avezzano - Sulmona - Celano)	ABR	102,1	52,9	11,1	38,0	38,8	36,9	19,2	7,2
54 -	Ascoli Piceno (Ascoli Piceno - Folignano - Castel di Lama)	MAR	98,3	52,4	13,2	32,7	35,3	29,2	25,7	8,1
55 -	Agrigento (Agrigento - Licata - Sciacca)	SIC	100,5	56,0	11,5	33,0	39,2	30,3	23,2	7,8
56 -	Teramo (Teramo - Giulianova - Roseto degli Abruzzi)	ABR	99,1	62,4	9,0	27,8	36,1	28,6	26,0	8,4
57 -	Terni (Terni - Narni - Amelia)	UMB	103,4	60,1	11,6	31,7	37,3	37,8	24,4	3,9
58 -	Cantù (Cantù - Mariano Comense - Erba)	LOM	96,1	61,8	15,7	18,6	49,8	18,5	22,5	5,3
59 -	Frosinone (Frosinone - Cassino - Sora)	LAZ	97,2	55,5	10,8	30,9	37,3	35,1	20,7	4,0
60 -	Foggia / 2 (Manfredonia - Cerignola - Orta Nova)	PUG	98,5	63,3	11,5	23,7	38,9	29,9	25,8	3,9
61 -	Siena (Siena - Poggibonsi - Colle di Val d'Elsa)	TOS	101,4	63,2	11,5	26,7	45,4	31,3	20,7	3,9
62 -	Milano (AM) (MILANO ⁽⁴⁾)	LOM	106,0	61,3	15,4	29,3	50,2	30,5	19,4	5,9
63 -	Palmi (Palmi - Gioia Tauro - Taurianova)	CAL	100,5	62,5	9,7	28,3	35,6	32,3	26,4	6,1
64 -	Adria (Adria - Porto Viro - Porto Tolle)	VEN	104,0	83,4	7,9	12,7	57,6	15,8	27,2	3,5
65 -	Lanciano / Vasto (Lanciano - Vasto - S. Salvo)	ABR	98,1	52,8	12,8	32,4	35,1	33,8	23,5	5,7
66 -	Bari / 5 (Monopoli - Putignano - Gioia del Colle)	PUG	89,1	53,6	15,4	20,1	38,2	19,0	27,9	4,0
67 -	Lucca (Lucca - Capannori - Altopascio)	TOS	104,7	68,4	10,4	25,8	45,0	29,6	24,0	6,0
68 -	Lamezia Terme (Lamezia Terme - Curinga - Nocera Tirinese)	CAL	102,7	61,7	8,3	32,6	40,8	25,8	25,6	10,4

segue Appendice 2.2 - Mortalità evitabile per Usl, tassi standardizzati di mortalità 0-74 anni. Anno 1994. Valori per 100 mila abitanti.

RANGO	AZIENDA USL (1)	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
				PREV. PRIMARIA	DIAGN. PR.E TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
segue										
69	Palermo (Palermo - Bagheria - Monreale)	SIC	104,9	58,1	12,6	34,2	42,5	35,5	21,0	5,9
70	Siracusa (Siracusa - Augusta - Avola)	SIC	103,2	55,3	14,9	33,0	38,8	38,2	20,6	5,6
71	Salerno / 2 (Salerno - Cava de' Tirreni - Battipaglia)	CAM	110,5	60,7	13,6	36,1	48,0	39,9	16,4	6,2
72	Napoli / 3 (Casoria - Afragola - Arzano)	CAM	122,2	66,4	12,7	43,1	55,2	45,0	12,1	10,0
73	Triestina (Trieste - Muggia - Duino-Aurisina)	FVG	115,5	71,1	14,6	29,7	55,8	28,9	21,8	8,9
74	Lecce / 1 (Lecce - Nardo - Galatina)	PUG	101,5	63,8	13,1	24,6	48,2	26,7	21,7	4,9
75	Pesaro (Pesaro - Novafeltria - Sant'Angelo in Lizzola)	MAR	91,5	56,5	4,6	30,4	29,4	28,7	24,9	8,4
76	Reggio Calabria (Reggio C. - Villa S. Giov. - Bagnara Calabria)	CAL	99,7	55,6	13,2	30,8	34,9	33,5	27,3	3,9
77	Legnago (Legnago - S. Giovanni Lupatoto - Cerea)	VEN	108,6	67,6	7,2	33,9	44,6	35,8	23,0	5,2
78	Cernusco (Segrate - Pliotello - Cernusco sul Naviglio)	LOM	111,2	65,9	12,8	32,4	51,5	36,3	18,4	4,9
79	Rimini (Rimini - Riccione - Santarcangelo di Romagna)	EMR	98,2	57,3	9,8	31,1	39,6	31,9	21,5	5,2
80	Fabriano (Fabriano - Sassoferrato - Cerreto d'Esi)	MAR	80,0	41,1	9,7	29,2	26,6	25,9	27,5	-
81	Ravenna (Ravenna - Faenza - Lugo)	EMR	97,9	58,8	12,5	26,6	37,5	28,4	28,4	3,7
82	Vibo Valentia (Vibo Valentia - Pizzo - Mileto)	CAL	104,1	65,1	10,3	28,7	37,6	36,1	25,9	4,4
83	Arezzo (Arezzo - Cortona - Montevarchi)	TOS	92,5	59,4	10,0	23,0	36,3	21,7	27,6	6,9
84	Garbagnate (Bollate - Paderno Dugnano - Limbiate)	LOM	113,2	67,3	14,9	31,1	54,9	32,1	18,0	8,2
85	Roma / G (Guidonia Montecelio - Tivoli - Mentana)	LAZ	103,9	57,8	13,2	32,9	45,2	31,2	20,6	6,9
86	Cesena (Cesena - Cesenatico - Savignano sul Rubicone)	EMR	98,1	61,0	11,9	25,1	32,4	27,4	33,1	5,3
87	Brescia (Brescia - Montichiari - Gussago)	LOM	106,0	70,7	11,2	24,1	51,2	23,3	26,7	4,8
88	Paola (Paola - Amantea - Cetraro)	CAL	101,7	54,7	7,4	39,6	34,3	38,7	24,8	3,9
89	Gallarate (Gallarate - Cassano Magnago - Somma Lombardo)	LOM	103,0	64,2	10,8	28,0	43,6	30,2	24,2	4,9
90	Bologna (BOLOGNA)	EMR	105,2	57,8	15,7	31,8	44,6	31,0	23,3	6,3
91	Vimercate (Vimercate - Arcore - Concorezzo)	LOM	113,6	68,8	16,7	28,1	60,0	30,5	20,0	3,1
92	Desio (Seregno - Desio - Cesano Maderno)	LOM	113,9	71,8	12,4	29,8	56,0	31,4	20,1	6,4
93	Padova (Padova - Selvazzano Dentro - Albignasego)	VEN	109,1	65,9	10,9	32,3	45,5	31,9	26,8	4,9
94	Savonese (Savona - Albenga - Varazze)	LIG	107,4	67,2	11,7	28,5	41,6	35,5	23,8	6,5
95	Novi Ligure (Novi Ligure - Acqui Terme - Ovada)	PIE	101,5	58,3	10,4	32,8	33,4	33,0	26,2	8,8
96	Massa Carrara (Massa - Carrara - Aulla)	TOS	113,5	73,6	11,0	29,0	52,2	32,5	21,7	7,1
97	Brindisi (Brindisi - Fasano - Francavilla Fontana)	PUG	110,7	63,7	14,2	32,8	44,5	35,0	26,1	5,1
98	Torino (AM) (TORINO (2))	PIE	109,5	65,1	14,0	30,3	47,6	32,1	23,5	6,3
99	Basso Molise (Termoli - Larino - Montenero di Bisaccia)	MOL	108,8	61,1	10,7	37,0	41,2	33,7	25,8	8,1
100	Rossano (Corigliano Calabro - Rossano - Cassano allo Ionio)	CAL	111,5	65,2	12,7	33,6	35,5	38,0	32,6	5,4
101	Verona (Verona - S. Bonifacio - S. Martino Buon Albergo)	VEN	104,2	68,6	12,2	23,4	45,9	23,7	31,1	3,6
102	Salerno / 1 (Nocera Inferiore - Scafati - Pagani)	CAM	123,6	61,9	12,3	49,4	43,0	55,2	18,9	6,5
103	Chieri (Moncalieri - Nichelino - Chieri)	PIE	102,5	64,7	13,9	23,9	42,7	26,9	29,8	3,0
104	Vicenza (Vicenza - Dueville - Torri di Quartesolo)	VEN	117,3	75,1	14,3	27,9	57,5	29,1	26,2	4,4
105	Latina (Latina - Aprilia - Terracina)	LAZ	107,3	65,1	10,8	31,4	44,3	33,0	27,6	2,4
106	Viadana (Viadana - Casalmaggiore - Castel Goffredo)	LOM	109,4	71,8	10,2	27,4	54,5	22,3	26,1	6,5
107	Cittadella (Vigonza - Cittadella - S. Martino di Lupari)	VEN	109,2	77,7	8,9	22,6	51,1	24,4	29,4	4,4
108	Castrovillari (Castrovillari - S. M. Argentano - Roggiano Gravina)	CAL	108,9	56,1	13,2	39,7	42,3	43,0	10,8	7,8
109	Senigallia (Senigallia - Ostra - Arcevia)	MAR	103,3	56,4	4,2	42,7	27,3	29,1	32,5	14,3
110	Voghera (Voghera - Stradella - Broni)	LOM	112,9	73,4	8,6	30,9	41,6	40,3	26,8	4,2
111	Caserta / 1 (Caserta - Maddaloni - Marcanise)	CAM	117,0	67,6	10,4	38,9	43,9	46,8	19,7	6,6
112	Roma / F (Civitavecchia - Cerveteri - Ladispoli)	LAZ	115,5	68,7	13,9	32,9	52,7	34,7	22,2	5,9
113	Venosa (Melfi - Lavello - Rionero in Vulture)	BAS	108,3	60,8	12,9	34,6	38,3	40,6	23,5	5,8
114	Legnano (Legnano - Parabiago - Nerviano)	LOM	113,2	68,3	13,6	31,4	54,4	30,2	22,4	6,2
115	Treviso (Treviso - Mogliano Veneto - Paese)	VEN	111,9	69,2	13,8	28,9	51,2	29,4	25,6	5,7
116	Cagliari (Cagliari - Quartu Sant'Elena - Selargius)	SAR	107,0	62,7	11,0	33,3	40,7	31,2	27,8	7,2
117	Chiavarese (Rapallo - Chiavari - Sestri Levante)	LIG	114,1	60,7	20,5	33,0	54,4	32,6	21,0	6,1
118	Viterbo (Viterbo - Civita Castellana - Tarquinia)	LAZ	103,7	60,4	13,7	29,7	39,6	30,7	29,6	3,8
119	Forlì (Forlì - Forlimpopoli - Meldola)	EMR	98,9	67,2	10,1	21,6	40,3	20,1	31,0	7,5
120	Imperiese (S. Remo - Imperia - Ventimiglia)	LIG	113,8	69,0	11,4	33,4	42,3	40,0	26,8	4,8
121	Montalbano Jonico (Pisticci - Policoro - Montalbano Jonico)	BAS	118,1	61,0	18,9	38,1	39,6	39,6	29,6	9,3
122	Taranto (Taranto - Martina Franca - Grottaglie)	PUG	115,1	69,1	12,7	33,3	47,7	33,5	26,5	7,5
123	Saronno (Saronno - Caronno Pertusella - Solaro)	LOM	105,2	67,5	11,5	26,1	46,6	27,9	24,4	6,3
124	Versilia (Viareggio - Camaiore - Pietrasanta)	TOS	122,2	78,0	13,3	30,8	64,2	33,9	18,9	5,1
125	Modena (Modena - Carpi - Sassuolo)	EMR	107,1	67,5	10,9	28,7	39,2	31,3	32,4	4,1
126	Parma (Parma - Fidenza - Salsomaggiore Terme)	EMR	110,6	64,0	13,9	32,6	45,1	35,6	24,8	5,1
127	Busto Arsizio (Busto Arsizio - Tradate - Castellanza)	LOM	119,5	66,1	17,3	36,1	57,4	34,8	20,9	6,4
128	Mirano (Mira - Mirano - Spinea)	VEN	119,5	76,9	14,4	28,3	56,8	26,2	29,8	6,8
129	Napoli / 4 (Acerra - Casalnuovo di Napoli - Pomigliano d'Arco)	CAM	133,6	68,7	13,0	52,0	56,3	57,0	13,4	7,0
130	Salò (Desenzano del Garda - Lonato - Salò)	LOM	120,2	74,7	11,6	33,8	53,7	33,8	26,3	6,4
131	Caltanissetta (Gela - Caltanissetta - Niscemi)	SIC	110,9	64,7	12,9	33,4	41,2	36,6	24,3	8,9
132	Leno (Ghedì - Manerbio - Leno)	LOM	124,0	81,3	12,3	30,4	60,2	35,7	22,1	6,0
133	Sassari (Sassari - Alghero - Porto Torres)	SAR	115,2	68,7	14,3	32,2	49,6	32,9	24,7	8,0
134	Friuli occidentale (Pordenone - Sacile - Cordenons)	FVG	115,0	76,8	10,3	27,9	46,6	31,1	28,2	9,2
135	Gardone Val Trompia (Lumezzane - Concesio - Sarezzo)	LOM	121,2	78,4	10,2	32,5	57,3	37,4	18,2	8,2
136	Bassano del Grappa (B. del Grappa - Romano d'Ezzelino - Marostica)	VEN	116,4	74,0	13,1	29,3	56,0	25,3	29,4	5,7
137	Catanzaro (Catanzaro - Soverato - Chiaravalle Centrale)	CAL	115,3	65,7	8,5	41,1	37,9	43,5	25,2	8,7
138	Magenta (Abbiategrosso - Magenta - Bareggio)	LOM	122,3	81,5	14,6	26,2	58,4	34,7	23,8	5,4
139	Chivasso (Settimo Torinese - Chivasso - S. Mauro Torinese)	PIE	116,7	70,7	21,4	24,6	60,2	27,2	23,3	6,0
140	Cirié (Venaria Reale - Cirié - Alpignano)	PIE	130,7	73,2	20,5	37,0	65,2	41,2	17,3	6,9
141	Camerino (S. Severino Marche - Matelica - Camerino)	MAR	114,5	58,2	22,6	33,6	45,0	31,5	31,7	6,2
142	Olbia (Olbia - Tempio Pausania - La Maddalena)	SAR	110,2	72,6	9,0	28,6	41,8	31,0	31,8	5,7
143	Urbino (Urbino - Cagli - Fermignano)	MAR	105,4	60,7	17,2	27,4	39,1	32,8	30,7	2,8

segue Appendice 2.2 - Mortalità evitabile per Usl, tassi standardizzati di mortalità 0-74 anni. Anno 1994. Valori per 100 mila abitanti.

RANGO	AZIENDA USL ⁽¹⁾	REGIONE	TOTALE	ANALISI PER CAUSA EVITABILE			ANALISI PER CAUSA DI MORTE			
				PREV. PRIMARIA	DIAGN. PRE. TER.	IGIENE E ASS. SAN.	TUMORI	SIST. CARDIOC.	TRAUMAT. E AVVEL.	ALTRE CAUSE
144	Melegnano (S. Giuliano Mil. - S. Donato Mil. - Peschiera Borromeo)	LOM	127,7	78,4	14,0	35,4	61,9	39,6	23,4	2,9
145	Como (Como - Olgiate Comasco - Lurate Caccivio)	LOM	116,9	72,4	17,6	26,9	57,8	30,1	23,6	5,4
146	Asti (Asti - Canelli - Nizza Monferrato)	PIE	116,9	68,9	9,5	38,5	36,9	44,3	31,0	4,7
147	Bassa friulana (Cervignano del Friuli - Latisana - S. Giorgio di Nogaro)	FVG	113,4	79,0	8,6	25,8	44,1	24,1	38,7	6,5
148	Lecco (Lecco - Calolziocorte - Valmadra)	LOM	116,0	71,7	12,3	31,9	52,4	36,3	23,1	4,2
149	Varese (Varese - Malnate - Luino)	LOM	120,0	69,4	14,0	36,6	46,3	40,3	26,3	7,1
150	Bussolengo (Villafranca di Verona - Negrar - Bussolengo)	VEN	115,8	75,0	13,2	27,6	49,3	34,8	28,0	3,8
151	Centro-sud Bolzano (Bolzano - Laives - Appiano)	BOL	109,7	71,7	9,7	28,4	39,2	28,0	31,0	11,4
152	Catania (Catania - Acireale - Paternò)	SIC	119,1	69,5	12,9	36,8	40,8	45,5	26,8	6,0
153	Grosseto (Grosseto - Follonica - Orbetello)	TOS	115,3	71,8	14,3	29,1	43,2	34,4	34,1	3,5
154	Bergamo (Bergamo - Dalmine - Seriate)	LOM	122,6	74,0	13,6	35,0	58,8	36,2	25,1	2,5
155	Orvieto (Orvieto - Castel Viscardo - Fabro)	UMB	112,0	65,7	18,8	27,5	47,6	23,3	34,5	6,5
156	Foggia / 3 (Foggia - Lucera - Troia)	PUG	118,6	67,9	12,5	38,2	46,3	37,0	26,1	9,2
157	Enna (Enna - Piazza Armerina - Nicosia)	SIC	128,0	69,8	10,9	47,3	37,8	53,7	24,4	12,1
158	Alto Molise (Agnone - Carovilli - Capracotta)	MOL	128,1	75,8	26,1	26,1	43,8	56,9	19,4	7,9
159	Bologna nord (S. Giovanni in Persiceto - Castel Maggiore - Budrio)	EMR	105,8	69,0	10,9	25,8	31,8	31,9	38,8	3,4
160	Biella (Biella - Cossato - Vigliano Biellese)	PIE	118,0	78,4	8,7	30,8	47,2	34,0	31,3	5,5
161	Piacenza (Piacenza - Fiorenzuola d'Arda - Castel S. Giovanni)	EMR	119,8	72,9	15,3	31,7	53,5	34,9	27,0	4,4
162	Imola (Imola - Castel S. Pietro Terme - Dozza)	EMR	103,8	59,4	15,7	28,7	40,4	28,0	31,4	4,0
163	Trento (Trento - Rovereto - Pergine Valsugana)	TRN	120,9	79,1	9,8	31,9	48,6	34,0	29,8	8,5
164	Bologna sud (Casalecchio d/R - S. Lazzaro d/S - Zola Predosa)	EMR	125,8	73,9	14,4	37,6	50,2	40,3	30,9	4,4
165	Medio Friuli (Udine - Codroipo - Tavagnacco)	FVG	131,7	86,8	15,7	29,1	60,2	29,9	31,9	9,7
166	Omegna (Verbania - Domodossola - Omegna)	PIE	123,1	80,9	12,3	29,9	56,8	30,2	28,8	7,4
167	Centro Molise (Campobasso - Bojano - Riccia)	MOL	113,2	70,0	13,6	29,7	36,1	42,6	29,1	5,4
168	Isontina (Gorizia - Monfalcone - Ronchi dei Legionari)	FVG	123,6	76,6	11,6	35,4	51,9	35,7	28,2	7,8
169	Ponte San Pietro (Ponte S. Pietro - Zogno - Calusco d'Adda)	LOM	133,4	83,1	18,9	31,4	63,7	38,3	28,0	3,4
170	Locri (Siderno - Locri - Bovalino)	CAL	122,9	84,9	7,5	30,6	44,1	30,5	38,0	10,3
171	Oristano (Oristano - Terralba - Cabras)	SAR	125,0	83,2	12,0	29,7	54,7	30,7	32,6	7,0
172	Arzignano (Valdagno - Arzignano - Montebelluno Maggiore)	VEN	124,4	80,7	13,0	30,8	55,7	31,6	28,8	8,3
173	Este (Monselice - Este - Montagnana)	VEN	128,4	91,6	8,7	28,1	49,3	36,6	35,0	7,5
174	Novara (Novara - Borgomanero - Trecate)	PIE	131,9	78,4	17,8	35,7	64,4	38,0	25,4	4,2
175	Mantova (Mantova - Castiglione delle Stiviere - Porto Mantovano)	LOM	117,2	70,8	12,6	33,8	43,6	40,7	30,8	2,1
176	Lanusei (Tortoli - Lanusei - Baunei)	SAR	121,2	74,0	4,0	43,3	37,7	39,5	30,4	13,6
177	Asolo (Castelfranco Veneto - Montebelluna - Veduggio)	VEN	119,0	81,8	8,3	28,9	42,1	29,6	38,0	9,3
178	Est Brunico (Brunico - Valle Aurina - Campo Tures)	BOL	121,6	70,9	7,1	43,6	40,4	41,0	34,6	5,6
179	Città di Castello (Città di Castello - Gubbio - Umbertide)	UMB	125,9	86,6	9,9	29,4	48,8	37,4	34,1	5,7
180	Chioggia (Chioggia - Piove di Sacco - Cavarzere)	VEN	139,2	97,1	11,7	30,4	67,6	35,1	32,2	4,3
181	Ovest Merano (Merano - Lana - Silandro)	BOL	118,9	75,3	12,8	30,8	35,5	35,2	42,2	6,1
182	Casale Monferrato (Casale Monferrato - Valenza - Trino)	PIE	124,1	76,7	18,6	28,8	64,5	23,4	26,0	10,2
183	Pinerolo (Pinerolo - Luserna S. Giovanni - Cumiana)	PIE	127,8	79,7	17,7	30,5	50,3	35,5	34,5	7,5
184	Napoli / 1 (NAPOLI)	CAM	139,8	75,3	17,5	47,0	61,7	50,8	19,7	7,6
185	Vigevano (Vigevano - Mortara - Garlasco)	LOM	126,5	83,7	9,9	32,9	55,5	35,4	29,4	6,2
186	Alessandria (Alessandria - Tortona - Castelnuovo Scrivia)	PIE	122,1	82,1	11,6	28,4	50,3	33,1	32,0	6,6
187	Belluno (Belluno - Ponte nelle Alpi - Cortina d'Ampezzo)	VEN	136,6	89,7	14,5	32,5	60,4	36,5	34,2	5,5
188	Nord Bressanone (Bressanone - Vipiteno - Chiusa)	BOL	117,7	85,0	5,5	27,2	39,9	34,0	40,3	3,5
189	Carbonia (Carbonia - Iglesias - Sant'Antioco)	SAR	118,9	84,1	10,1	24,6	48,7	29,0	34,0	7,3
190	Collegno (Rivoli - Collegno - Grugliasco)	PIE	126,6	82,5	11,5	32,7	55,0	32,2	30,5	8,9
191	Vercelli (Vercelli - Borgosesia - Santhià)	PIE	129,7	86,8	13,8	29,0	47,5	42,4	35,3	4,5
192	Crema (Crema - Castelleone - Pandino)	LOM	145,2	97,7	10,2	37,2	64,4	44,7	25,9	10,2
193	Chiari (Chiari - Palazzolo sull'Oglio - Rovato)	LOM	131,2	90,5	10,6	30,1	60,4	30,8	33,7	6,3
194	Cremona (Cremona - Soresina - Pizzighettone)	LOM	138,8	92,7	8,9	37,3	62,1	36,8	31,1	8,8
195	Albino (Albino - Alzano Lombardo - Nembro)	LOM	136,4	76,4	14,3	45,7	62,0	45,1	26,8	2,6
196	San Dona' di Piave (S. Dona' di Piave - Portogruaro - Iesolo)	VEN	124,8	89,9	10,8	24,1	51,9	24,2	41,1	7,6
197	Caserta / 2 (Aversa - Santa Maria Capua Vetere - Sessa Aurunca)	CAM	140,1	87,1	15,2	37,8	60,4	45,2	29,7	4,8
198	Ivrea (Ivrea - Rivarolo Canavese - Cuorgnè)	PIE	134,7	86,6	15,5	32,6	50,7	37,6	40,3	6,1
199	Treviglio (Treviglio - Romano di Lombardia - Caravaggio)	LOM	146,2	99,8	16,2	30,1	80,8	38,1	23,1	4,2
200	Thiene (Schio - Thiene - Malo)	VEN	147,6	87,2	11,5	48,9	61,8	45,1	30,4	10,3
201	Ostiglia (Suzzara - Gonzaga - S. Benedetto Po)	LOM	128,0	75,9	13,9	38,3	39,7	40,8	43,4	4,1
202	Ferrara (Ferrara - Cento - Argenta)	EMR	135,3	88,2	11,9	35,2	52,0	39,7	38,7	4,9
203	Cuneo (Cuneo - Borgo S. Dalmazzo - Busca)	PIE	133,7	82,4	15,1	36,2	49,9	36,9	36,9	10,0
204	Alba (Alba - Bra - Cherasco)	PIE	129,2	86,9	14,0	28,3	37,6	34,8	50,3	6,5
205	Savigliano (Fossano - Savigliano - Saluzzo)	PIE	131,6	83,2	15,3	33,1	45,9	38,4	41,0	6,4
206	Pavia (Pavia - Casorate Primo - Belgioioso)	LOM	141,8	94,4	16,9	30,5	67,5	35,2	31,6	7,6
207	Mondovì (Mondovì - Ceva - Villanova Mondovì)	PIE	134,1	88,5	13,3	32,2	46,2	32,7	48,7	6,4
208	Rovigo (Rovigo - Lendinara - Badia Polesine)	VEN	143,4	98,1	15,5	29,7	57,2	30,2	47,4	8,7
209	Lodi (Lodi - Codogno - Casalpusterlengo)	LOM	153,1	105,2	17,1	30,8	75,4	36,8	32,4	8,5
210	Feltre (Feltre - Sedico - Mel)	VEN	152,3	110,0	9,1	33,2	62,9	33,3	47,2	8,9
211	Nuoro (Nuoro - Macomer - Siniscola)	SAR	143,9	85,7	19,1	39,0	54,8	38,1	41,7	9,3
212	Sondrio (Sondrio - Morbegno - Tirano)	LOM	153,2	101,9	11,7	39,6	68,0	39,1	36,9	9,1
213	Breno (Darfo Boario Terme - Pisogne - Breno)	LOM	166,7	113,6	16,5	36,6	73,6	44,5	43,3	5,4
214	Aosta (Aosta - Saint-Vincent - Chatillon)	VDA	171,8	113,1	15,2	43,4	64,6	38,3	51,9	17,0
215	Alto Friuli (Gemona del Friuli - Tolmezzo - Buia)	FVG	190,4	133,0	19,8	37,6	84,3	52,7	46,0	7,5

(1) Di seguito alla denominazione della Usl sono riportati tra parentesi i tre comuni più grandi in termini di popolazione ad essa afferenti.

(2) TORINO (AM) comprende le 4 Usl dell'area metropolitana di Torino, MILANO (AM) comprende le 6 Usl dell'area metropolitana di Milano, VENEZIA comprende le 2 Usl di Venezia e di Mestre, ROMA (AM) comprende le 5 Usl dell'area metropolitana di Roma.

APPENDICE 2.3

PERCORSO DI CALCOLO DELLA CLASSIFICA DELLO STATO DI SALUTE IN ITALIA.

RANGO	AZIENDA USL ⁽¹⁾	REGIONE	NUMERO DI DECESSI			ANNI EVITAB. PERDUTI		ANNI POTENZIALI		CLASSIFICA (A) / (B) 100.000
			CAUSE	ALTRE	TOTALE	TOTALE STANDARD.	TOTALE	STANDARD.		
			EVITABILI	CAUSE	DECESSI	(A)	(B)	100.000		
1 -	Prato (Prato - Montemurlo - Carmignano)	TOS	163	1.740	1.903	3.327	3.249	7.566.478	7.787.044	41,7
2 -	Civitanova Marche (Civitanova M. - Recanati - Potenza Picena)	MAR	80	884	964	1.816	1.790	3.653.390	3.752.272	47,7
3 -	Jesi (Jesi - Cingoli - Filottrano)	MAR	79	1.028	1.107	1.729	1.696	3.299.334	3.502.420	48,4
4 -	Bari / 3 (Altamura - Gravina in Puglia - Santeramo in Colle)	PUG	138	1.300	1.438	3.368	3.727	8.427.210	7.567.193	49,3
5 -	Salerno / 3 (Capaccio - Agropoli - Sala Consilina)	CAM	218	2.382	2.600	4.569	4.813	10.019.670	9.727.174	49,5
6 -	Fano (Fano - Mondolfo - Fossombrone)	MAR	95	1.205	1.300	2.176	2.151	4.159.166	4.327.778	49,7
7 -	Rieti (Rieti - Fara in Sabina - Cittaducale)	LAZ	123	1.607	1.730	2.663	2.691	4.958.938	5.203.537	51,7
8 -	Chieti (Chieti - Francavilla al Mare - Ortona)	ABR	141	1.535	1.676	3.132	3.189	6.166.161	6.159.333	51,8
9 -	Ancona (Ancona - Falconara Marittima - Osimo)	MAR	187	2.125	2.312	4.325	4.248	7.811.946	8.204.473	51,8
10 -	S. Benedetto d/T (S. Benedetto d/T - Grottammare - Montepredone)	MAR	85	782	867	1.806	1.773	3.319.229	3.409.993	52,0
11 -	Avellino / 2 (Avellino - Atripalda - Solofra)	CAM	210	2.045	2.255	4.622	4.947	10.090.889	9.493.874	52,1
12 -	Foggia / 1 (S. Severo - S. Giovanni Rotondo - Sannicandro Gargan.)	PUG	161	1.638	1.799	3.789	4.173	8.590.667	7.900.062	52,8
13 -	Pentria (Isernia - Venafro - Froslone)	MOL	62	657	719	1.355	1.432	2.729.030	2.699.205	53,0
14 -	Macerata (Macerata - Tolentino - Corridonia)	MAR	101	1.312	1.413	2.430	2.407	4.213.650	4.501.455	53,5
15 -	Pescara (Pescara - Montesilvano - Spoltore)	ABR	246	2.615	2.861	5.535	5.567	10.381.878	10.379.720	53,6
16 -	Cosenza (Cosenza - Rende - Aciri)	CAL	241	1.957	2.198	5.408	5.747	11.328.887	10.703.704	53,7
17 -	Lecce / 2 (Casarano - Gallipoli - Tricase)	PUG	284	2.276	2.560	6.298	6.642	12.924.494	12.270.958	54,1
18 -	Cinisello (Sesto S. Giovanni - Cinisello Balsamo - Cologno Monz.)	LOM	297	1.764	2.061	5.967	5.514	9.978.046	10.118.363	54,5
19 -	Fermo (Fermo - Porto Sant'Elpidio - Porto S. Giorgio)	MAR	136	1.354	1.490	2.988	2.923	5.078.702	5.311.653	55,0
20 -	Trapani (Marsala - Trapani - Mazara del Vallo)	SIC	357	3.763	4.120	7.970	8.460	16.031.564	15.356.172	55,1
21 -	Firenze (Firenze - Scandicci - Sesto Fiorentino)	TOS	745	8.571	9.316	16.217	15.458	25.622.803	27.936.698	55,3
22 -	Monza (Monza - Lissone - Brugherio)	LOM	293	2.091	2.384	6.150	5.794	10.264.789	10.450.689	55,4
23 -	Genovese (Genova - Arenzano - Recco)	LIG	812	9.844	10.656	16.499	15.108	24.198.570	27.180.998	55,6
24 -	Ragusa (Ragusa - Vittoria - Modica)	SIC	240	2.415	2.655	5.523	5.889	11.084.442	10.564.347	55,7
25 -	Messina (Messina - Barcellona Pozzo di Gotto - Milazzo)	SIC	572	6.148	6.720	12.605	13.290	24.262.043	23.596.393	56,3
26 -	Napoli / 5 (Torre del Greco - Castellammare di Stabia - Portici)	CAM	559	4.351	4.910	12.001	13.680	26.769.712	24.183.425	56,6
27 -	Bari / 4 (Bari - Bitonto - Modugno)	PUG	470	3.989	4.459	11.547	12.148	23.005.577	21.422.744	56,7
28 -	Pieve di Soligo (Conegliano - Vittorio Veneto - Susegana)	VEN	190	1.675	1.865	4.022	3.911	6.686.893	6.880.776	56,8
29 -	Bari / 1 (Andria - Corato - Canosa di Puglia)	PUG	187	1.817	2.004	4.407	4.852	9.340.786	8.525.260	56,9
30 -	Lagonegro (Lauria - Senise - Lagonegro)	BAS	77	721	798	1.634	1.661	2.956.477	2.915.561	57,0
31 -	Roma / H (Velletri - Pomezia - Anzio)	LAZ	374	2.661	3.035	8.749	8.988	16.492.368	15.743.105	57,1
32 -	Potenza (Potenza - Avigliano - Sant'Arcangelo)	BAS	202	1.694	1.896	4.252	4.501	8.195.103	7.882.669	57,1
33 -	Bari / 2 (Barletta - Molfetta - Trani)	PUG	222	1.871	2.093	5.388	5.759	10.929.417	10.066.151	57,2
34 -	Empoli (Empoli - S. Miniato - Fucecchio)	TOS	174	2.004	2.178	4.290	4.233	6.924.185	7.341.306	57,7
35 -	Crotone (Crotone - S. Giovanni in Fiore - Cirò Marina)	CAL	160	1.277	1.437	3.837	4.228	8.159.499	7.286.610	58,0
36 -	Perugia (Perugia - Assisi - Bastia)	UMB	302	2.980	3.282	6.755	6.582	10.731.731	11.334.545	58,1
37 -	Merate (Merate - Casatenovo - Missaglia)	LOM	96	764	860	2.134	2.101	3.623.271	3.607.169	58,2
38 -	Venezia - Mestre (VENEZIA ⁽²⁾)	VEN	352	3.163	3.515	7.195	6.642	10.342.521	11.342.783	58,6
39 -	Benevento (Benevento - Montesarchio - Sant'Agata de' Goti)	CAM	262	2.515	2.777	5.916	6.142	10.708.377	10.460.630	58,7
40 -	Sanluri (Villacidro - Guspini - S. Gavino Monreale)	SAR	120	1.136	1.256	3.041	3.133	5.622.947	5.326.164	58,8
41 -	Matera (Matera - Bernalda - Montescaglioso)	BAS	103	859	962	2.468	2.618	4.708.689	4.441.456	58,9
42 -	Foligno (Foligno - Spoleto - Gualdo Tadino)	UMB	150	1.691	1.841	3.411	3.424	5.381.799	5.784.349	59,2
43 -	Spezzino (La Spezia - Sarzana - Lerici)	LIG	232	2.579	2.811	4.821	4.523	6.862.708	7.640.974	59,2
44 -	Reggio nell'Emilia (Reggio nell'Emilia - Scandiano - Correggio)	EMR	408	4.325	4.733	9.046	8.798	13.874.008	14.820.093	59,4
45 -	Pistoia (Pistoia - Quarrata - Montecatini-Terme)	TOS	273	2.739	3.012	5.740	5.479	8.650.025	9.219.355	59,4
46 -	Rho (Rho - Lainate - Cornaredo)	LOM	166	922	1.088	3.508	3.421	5.858.161	5.751.369	59,5
47 -	Pisa (Pisa - Cascina - S. Giuliano Terme)	TOS	324	3.512	3.836	6.886	6.623	10.350.829	11.082.394	59,8
48 -	Livorno (Livorno - Piombino - Rosignano Marittimo)	TOS	344	3.804	4.148	7.567	7.232	11.164.767	12.073.196	59,9
49 -	Napoli / 2 (Giugliano in Campania - Pozzuoli - Marano di Napoli)	CAM	352	2.301	2.653	7.964	9.963	19.319.396	16.618.050	60,0
50 -	Roma (AM) (ROMA ⁽³⁾)	LAZ	2.796	22.304	25.100	61.481	58.670	94.577.689	97.431.499	60,2
51 -	L'Aquila (L'Aquila - Monteleone - Tornimparte)	ABR	85	1.021	1.106	2.097	2.130	3.447.223	3.536.197	60,2
52 -	Avellino / 1 (Ariano Irpino - Mirabella Eclano - Grottole)	CAM	156	1.644	1.800	3.544	3.725	6.241.087	6.183.439	60,2
53 -	Avezzano / Sulmona (Avezzano - Sulmona - Celano)	ABR	185	1.934	2.119	4.082	4.272	6.986.679	7.071.572	60,4
54 -	Ascoli Piceno (Ascoli Piceno - Folignano - Castel di Lama)	MAR	110	1.062	1.172	2.506	2.505	4.018.523	4.137.803	60,5
55 -	Agrigento (Agrigento - Licata - Sciacca)	SIC	414	3.814	4.228	9.752	10.231	17.947.646	16.860.346	60,7
56 -	Teramo (Teramo - Giulianova - Roseto degli Abruzzi)	ABR	258	2.465	2.723	6.019	6.140	10.197.612	10.080.068	60,9
57 -	Terni (Terni - Narni - Amelia)	UMB	186	1.836	2.022	3.964	3.810	5.768.694	6.251.697	60,9
58 -	Cantù (Cantù - Mariano Comense - Erba)	LOM	160	1.326	1.486	3.902	3.843	6.355.624	6.295.020	61,0
59 -	Frosinone (Frosinone - Cassino - Sora)	LAZ	427	3.987	4.414	10.205	10.601	17.727.426	17.361.829	61,1
60 -	Foggia / 2 (Manfredonia - Cerignola - Orta Nova)	PUG	167	1.365	1.532	4.286	4.738	8.663.439	7.746.016	61,2
61 -	Siena (Siena - Poggibonsi - Colle di Val d'Elsa)	TOS	259	2.974	3.233	5.536	5.257	7.632.525	8.583.359	61,2
62 -	Milano (AM) (MILANO ⁽⁴⁾)	LOM	1.748	14.174	15.922	36.902	33.562	50.329.522	54.663.205	61,4
63 -	Palmi (Palmi - Gioia Tauro - Taurianova)	CAL	133	1.243	1.376	3.227	3.585	6.396.332	5.838.083	61,4
64 -	Adria (Adria - Porto Viro - Porto Tolle)	VEN	64	510	574	1.399	1.342	2.105.032	2.179.519	61,6
65 -	Lanciano / Vasto (Lanciano - Vasto - S. Salvo)	ABR	194	2.016	2.210	4.529	4.603	7.355.324	7.473.943	61,6
66 -	Bari / 5 (Monopoli - Putignano - Gioia del Colle)	PUG	184	1.672	1.856	5.059	5.201	8.906.454	8.437.863	61,6
67 -	Lucca (Lucca - Capannori - Altopascio)	TOS	222	2.575	2.797	4.806	4.637	6.994.443	7.519.172	61,7
68 -	Lamezia Terme (Lamezia Terme - Curinga - Nocera Tirinese)	CAL	112	966	1.078	2.674	2.904	5.094.532	4.702.824	61,7
69 -	Palermo (Palermo - Bagheria - Monreale)	SIC	1.092	9.997	11.089	25.653	27.883	48.473.116	44.874.782	62,1

segue Appendice 2.3 - Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia.

RANGO	AZIENDA USL ⁽¹⁾	NUMERO DI DECESSI			ANNI EVITAB. PERDUTI		ANNI POTENZIALI		CLASSIFICA (A) / (B)	
		REGIONE	CAUSE	ALTRE	TOTALE	TOTALE STANDARD.	TOTALE	STANDARD.		
			EVITABILI	CAUSE	DECESSI	(A)	(B)	100.000		
70	Siracusa (Siracusa - Augusta - Avola)	SIC	358	3.133	3.491	8.635	9.156	15.658.558	14.685.257	62,4
71	Salerno / 2 (Salerno - Cava de' Tirreni - Battipaglia)	CAM	528	3.699	4.227	11.527	12.282	20.949.459	19.681.060	62,4
72	Napoli / 3 (Casoria - Afragola - Arzano)	CAM	310	1.809	2.119	6.813	8.992	17.136.368	14.373.390	62,6
73	Triestina (Trieste - Muggia - Duino-Aurisina)	FVG	310	3.666	3.976	6.137	5.474	7.562.456	8.746.427	62,6
74	Lecce / 1 (Lecce - Nardò - Galatina)	PUG	436	3.365	3.801	10.466	10.684	17.884.479	17.067.171	62,6
75	Pesaro (Pesaro - Novafeltria - Sant'Angelo in Lizzola)	MAR	117	1.192	1.309	3.004	2.967	4.561.190	4.731.779	62,7
76	Reggio Calabria (Reggio C. - Villa S. Giov. - Bagnara Calabria)	CAL	235	2.379	2.614	5.741	6.130	10.251.215	9.766.658	62,8
77	Legnago (Legnago - S. Giovanni Lupatoto - Cerea)	VEN	166	1.448	1.614	3.653	3.611	5.646.251	5.729.839	63,0
78	Cernusco (Segrate - Pioltello - Cernusco sul Naviglio)	LOM	267	1.594	1.861	5.923	5.738	9.255.829	9.101.706	63,0
79	Rimini (Rimini - Riccione - Santarcangelo di Romagna)	EMR	248	2.303	2.551	5.985	5.893	9.061.776	9.339.295	63,1
80	Fabriano (Fabriano - Sassoferrato - Cerreto d'Esi)	MAR	32	511	543	919	948	1.378.123	1.501.439	63,2
81	Ravenna (Ravenna - Faenza - Lugo)	EMR	346	3.489	3.835	8.066	7.623	10.983.648	12.064.407	63,2
82	Vibo Valentia (Vibo Valentia - Pizzo - Mileto)	CAL	156	1.323	1.479	3.743	4.064	6.933.019	6.424.269	63,3
83	Arezzo (Arezzo - Cortona - Montevarchi)	TOS	282	3.299	3.581	7.014	6.967	10.231.745	11.004.897	63,3
84	Garbagnate (Bollate - Paderno Dugnano - Limbiate)	LOM	215	1.318	1.533	4.681	4.578	7.382.545	7.230.102	63,3
85	Roma / G (Guidonia Montecelio - Tivoli - Mentana)	LAZ	373	2.685	3.058	8.796	8.962	14.586.032	14.138.870	63,4
86	Cesena (Cesena - Cesenatico - Savignano sul Rubicone)	EMR	170	1.550	1.720	4.117	4.020	6.104.407	6.330.512	63,5
87	Brescia (Brescia - Montichiari - Gussago)	LOM	403	2.976	3.379	9.146	8.900	13.692.532	14.000.740	63,6
88	Paola (Paola - Amantea - Cetraro)	CAL	126	1.138	1.264	3.065	3.245	5.367.155	5.100.016	63,6
89	Gallarate (Gallarate - Cassano Magnago - Somma Lombardo)	LOM	215	1.818	2.033	5.023	4.920	7.620.940	7.723.862	63,7
90	Bologna (BOLOGNA)	EMR	436	4.644	5.080	9.373	8.577	11.374.706	13.413.688	63,9
91	Vimercate (Vimercate - Arcore - Concorezzo)	LOM	192	1.158	1.350	4.181	4.031	6.310.495	6.300.696	64,0
92	Desio (Seregno - Desio - Cesano Maderno)	LOM	280	1.719	1.999	6.023	5.846	9.230.250	9.136.714	64,0
93	Padova (Padova - Selvazzano Dentro - Albignasego)	VEN	401	3.127	3.528	8.942	8.638	13.052.832	13.500.094	64,0
94	Savonese (Savona - Albenga - Varazze)	LIG	320	3.488	3.808	6.829	6.248	8.641.676	9.732.046	64,2
95	Novi Ligure (Novi Ligure - Acqui Terme - Ovada)	PIE	148	2.050	2.198	3.236	3.102	4.184.136	4.814.090	64,4
96	Massa Carrara (Massa - Carrara - Aulla)	TOS	225	2.250	2.475	4.704	4.526	6.559.690	6.985.947	64,8
97	Brindisi (Brindisi - Fasano - Francavilla Fontana)	PUG	391	2.899	3.290	9.124	9.715	15.934.684	14.939.773	65,0
98	Torino (AM) (TORINO ⁽²⁾)	PIE	1.095	8.411	9.506	23.688	21.635	30.790.830	33.230.869	65,1
99	Basso Molise (Termoli - Larino - Montenero di Bisaccia)	MOL	105	917	1.022	2.377	2.436	3.757.692	3.737.661	65,2
100	Rossano (Corigliano Calabro - Rossano - Cassano allo Ionio)	CAL	170	1.250	1.420	3.971	4.327	7.224.574	6.610.490	65,5
101	Verona (Verona - S. Bonifacio - S. Martino Buon Albergo)	VEN	406	3.605	4.011	9.639	9.515	14.010.404	14.477.616	65,7
102	Salerno / 1 (Nocera Inferiore - Scafati - Pagani)	CAM	258	1.770	2.028	5.576	6.309	10.653.983	9.554.628	66,0
103	Chieri (Moncalieri - Nichelino - Chieri)	PIE	284	2.062	2.346	6.986	6.688	10.103.657	10.126.183	66,0
104	Vicenza (Vicenza - Dueville - Torri di Quartesolo)	VEN	302	2.195	2.497	6.618	6.548	9.887.856	9.885.466	66,2
105	Latina (Latina - Aprilia - Terracina)	LAZ	470	3.122	3.592	11.471	11.818	18.776.715	17.829.442	66,3
106	Viadana (Viadana - Casalmaggiore - Castel Goffredo)	LOM	129	1.327	1.456	2.835	2.764	3.874.073	4.158.490	66,5
107	Cittadella (Vigonza - Cittadella - S. Martino di Lupari)	VEN	202	1.443	1.645	4.893	4.972	7.731.154	7.457.948	66,7
108	Castrovillari (Castrovillari - S. M. Argentano - Roggiano Gravina)	CAL	108	921	1.029	2.567	2.720	4.285.637	4.075.571	66,7
109	Senigallia (Senigallia - Ostra - Arcevia)	MAR	74	748	822	1.725	1.713	2.405.579	2.563.428	66,8
110	Voghera (Voghera - Stradella - Broni)	LOM	169	1.976	2.145	3.489	3.198	4.163.497	4.777.857	66,9
111	Caserta / 1 (Caserta - Maddaloni - Marcianise)	CAM	379	2.909	3.288	8.564	9.449	15.364.827	14.116.216	66,9
112	Roma / F (Civitavecchia - Cerveteri - Ladispoli)	LAZ	237	1.507	1.744	5.390	5.511	8.483.705	8.227.135	67,0
113	Venosa (Melfi - Lavello - Rionero in Vulture)	BAS	91	903	994	2.159	2.367	3.692.459	3.529.956	67,1
114	Legnano (Legnano - Parabiago - Nerviano)	LOM	257	1.801	2.058	5.753	5.539	8.138.471	8.253.069	67,1
115	Treviso (Treviso - Mogliano Veneto - Paese)	VEN	359	2.754	3.113	8.388	8.325	12.247.528	12.346.599	67,4
116	Cagliari (Cagliari - Quartu Sant'Elena - Selargius)	SAR	434	2.620	3.054	11.346	11.575	18.428.871	17.164.180	67,4
117	Chiavarese (Rapallo - Chiavari - Sestri Levante)	LIG	174	1.973	2.147	3.604	3.370	4.418.424	4.991.825	67,5
118	Viterbo (Viterbo - Civita Castellana - Tarquinia)	LAZ	286	2.699	2.985	6.833	6.878	9.723.639	10.142.403	67,8
119	Forlì (Forlì - Forlimpopoli - Meldola)	EMR	164	1.707	1.871	4.065	4.009	5.441.510	5.904.989	67,9
120	Imperiese (S. Remo - Imperia - Ventimiglia)	LIG	256	2.730	2.986	5.511	5.108	6.752.478	7.463.158	68,4
121	Montalbano Jonico (Pisticci - Policoro - Montalbano Jonico)	BAS	88	645	733	1.963	2.103	3.249.134	3.071.343	68,5
122	Taranto (Taranto - Martina Franca - Grottaglie)	PUG	583	3.834	4.417	14.065	14.800	23.169.382	21.537.794	68,7
123	Saronno (Saronno - Caronno Pertusella - Solaro)	LOM	155	1.138	1.293	3.872	3.805	5.517.674	5.521.819	68,9
124	Versilia (Viareggio - Camaiore - Pietrasanta)	TOS	193	1.675	1.868	4.017	3.840	5.272.837	5.572.153	68,9
125	Modena (Modena - Carpi - Sassuolo)	EMR	634	5.647	6.281	15.029	14.709	20.055.838	21.342.427	68,9
126	Parma (Parma - Fidenza - Salsomaggiore Terme)	EMR	429	4.416	4.845	9.705	9.267	12.164.779	13.425.367	69,0
127	Busto Arsizio (Busto Arsizio - Tradate - Castellanza)	LOM	232	1.580	1.812	5.092	4.884	6.961.739	7.059.453	69,2
128	Mirano (Mira - Mirano - Spinea)	VEN	256	1.552	1.808	5.882	5.842	8.539.684	8.416.958	69,4
129	Napoli / 4 (Acerra - Casalnuovo di Napoli - Pomigliano d'Arco)	CAM	499	3.031	3.530	10.799	13.249	21.983.994	19.061.313	69,5
130	Salò (Desenzano del Garda - Lonato - Salò)	LOM	186	1.386	1.572	4.014	3.885	5.394.002	5.582.007	69,6
131	Caltanissetta (Gela - Caltanissetta - Niscemi)	SIC	270	2.388	2.658	6.605	7.055	10.846.881	10.134.814	69,6
132	Leno (Ghedì - Manerbio - Leno)	LOM	164	1.140	1.304	3.525	3.579	5.185.050	5.140.035	69,6
133	Sassari (Sassari - Alghero - Porto Torres)	SAR	349	2.679	3.028	8.382	8.523	12.772.407	12.240.114	69,6
134	Friuli occidentale (Pordenone - Sacile - Cordenons)	FVG	298	2.560	2.858	6.920	6.755	9.400.230	9.685.168	69,7
135	Gardone Val Trompia (Lumezzane - Concesio - Sarezzo)	LOM	119	681	800	2.664	2.627	3.814.876	3.755.691	69,9
136	Bassano del Grappa (B. del Grappa - Romano d'Ezzelino - Marostica)	VEN	164	1.180	1.344	3.888	3.998	5.824.321	5.697.201	70,2
137	Catanzaro (Catanzaro - Soverato - Chiaravalle Centrale)	CAL	250	1.797	2.047	5.931	6.360	9.659.175	9.053.653	70,2
138	Magenta (Abbiategrosso - Magenta - Bareggio)	LOM	197	1.388	1.585	4.337	4.204	5.929.214	5.962.578	70,5
139	Chivasso (Settimo Torinese - Chivasso - S. Mauro Torinese)	PIE	219	1.572	1.791	5.024	4.774	6.682.756	6.769.078	70,5
140	Ciriè (Venaria Reale - Ciriè - Alpignano)	PIE	238	1.695	1.933	4.943	4.717	6.553.407	6.643.875	71,0
141	Camerino (S. Severino Marche - Matelica - Camerino)	MAR	53	594	647	1.157	1.168	1.474.071	1.637.083	71,4
142	Olbia (Olbia - Tempio Pausania - La Maddalena)	SAR	113	747	860	2.992	3.020	4.463.068	4.223.270	71,5
143	Urbino (Urbino - Cagli - Fermignano)	MAR	78	791	869	1.938	1.971	2.611.506	2.755.214	71,6

segue Appendice 2.3 - Percorso di calcolo della classifica dello stato di salute in Italia.

RANGO	AZIENDA USL ⁽¹⁾	REGIONE	NUMERO DI DECESSI			ANNI EVITAB. PERDUTI		ANNI POTENZIALI		CLASSIFICA (A) / (B) 100.000
			CAUSE	ALTRE	TOTALE	TOTALE STANDARD.	TOTALE	STANDARD.		
			EVITABILI	CAUSE	DECESSI	(A)	(B)			
<i>segue</i>										
144	Melegnano (S. Giuliano Mil. - S. Donato Mil. - Peschiera Borromeo)	LOM	176	872	1.048	3.885	3.724	5.300.533	5.202.723	71,6
145	Como (Como - Olgiate Comasco - Lurate Caccivio)	LOM	343	2.763	3.106	7.880	7.645	10.426.613	10.658.868	71,7
146	Asti (Asti - Canelli - Nizza Monferrato)	PIE	233	2.499	2.732	5.104	4.856	6.132.691	6.764.725	71,8
147	Bassa friulana (Cervignano del Friuli - Latisana - S. Giorgio di Nogaro)	FVG	117	1.017	1.134	2.777	2.663	3.538.544	3.702.015	71,9
148	Lecco (Lecco - Calolziocorte - Valmadrera)	LOM	225	1.636	1.861	5.259	5.126	7.029.464	7.117.371	72,0
149	Varese (Varese - Malnate - Luino)	LOM	371	2.912	3.283	8.416	8.188	11.128.480	11.350.642	72,1
150	Bussolengo (Villafranca di Verona - Negrar - Bussolengo)	VEN	242	1.744	1.986	5.887	5.883	8.219.914	8.117.741	72,5
151	Centro-sud Bolzano (Bolzano - Laives - Appiano)	BOL	204	1.524	1.728	5.208	5.205	7.203.184	7.166.469	72,6
152	Catania (Catania - Acireale - Paternò)	SIC	1.072	7.943	9.015	25.819	28.038	41.714.490	38.594.158	72,6
153	Grosseto (Grosseto - Follonica - Orbetello)	TOS	252	2.484	2.736	5.717	5.515	6.877.833	7.570.881	72,8
154	Bergamo (Bergamo - Dalmine - Seriate)	LOM	450	2.814	3.264	10.317	10.216	14.113.155	13.996.142	73,0
155	Orvieto (Orvieto - Castel Viscardo - Fabro)	UMB	47	536	583	1.069	1.064	1.297.898	1.449.957	73,4
156	Foggia / 3 (Foggia - Lucera - Troia)	PUG	273	2.057	2.330	6.570	6.953	9.966.839	9.470.925	73,4
157	Enna (Enna - Piazza Armerina - Nicosia)	SIC	214	1.762	1.976	4.651	4.997	7.106.147	6.789.630	73,6
158	Alto Molise (Agnone - Carovilli - Capracotta)	MOL	18	202	220	371	382	474.284	516.603	73,9
159	Bologna nord (S. Giovanni in Persiceto - Castel Maggiore - Budrio)	EMR	189	1.736	1.925	4.798	4.689	5.845.602	6.323.346	74,2
160	Biella (Biella - Cossato - Vigliano Biellese)	PIE	221	2.094	2.315	4.952	4.715	5.428.854	6.352.078	74,2
161	Piacenza (Piacenza - Fiorenzuola d'Arda - Castel S. Giovanni)	EMR	329	3.282	3.611	7.216	6.869	8.268.318	9.199.484	74,7
162	Imola (Imola - Castel S. Pietro Terme - Dozza)	EMR	102	997	1.099	2.650	2.647	3.268.559	3.531.866	75,0
163	Trento (Trento - Rovereto - Pergine Valsugana)	TRN	504	4.028	4.532	12.047	12.180	16.095.645	16.239.061	75,0
164	Bologna sud (Casalecchio d/R - S. Lazzaro d/S - Zola Predosa)	EMR	295	2.169	2.464	6.544	6.078	7.485.984	8.088.633	75,1
165	Medio Friuli (Udine - Crodriolo - Tavagnacco)	FVG	425	3.381	3.806	9.175	8.702	10.840.266	11.532.325	75,5
166	Omegna (Verbania - Domodossola - Omegna)	PIE	219	1.952	2.171	4.960	4.768	5.988.925	6.306.500	75,6
167	Centro Molise (Campobasso - Bojano - Riccia)	MOL	137	1.295	1.432	3.460	3.587	4.726.129	4.710.837	76,1
168	Isontina (Gorizia - Monfalcone - Ronchi dei Legionari)	FVG	173	1.623	1.796	3.924	3.678	4.339.609	4.791.212	76,8
169	Ponte San Pietro (Ponte S. Pietro - Zogno - Calusco d'Adda)	LOM	237	1.314	1.551	5.309	5.322	7.115.833	6.911.036	77,0
170	Locri (Siderno - Locri - Bovallino)	CAL	145	1.291	1.436	3.493	3.825	5.237.197	4.953.426	77,2
171	Oristano (Oristano - Terralba - Cabras)	SAR	177	1.363	1.540	4.212	4.311	5.716.395	5.581.376	77,2
172	Arzignano (Valdagno - Arzignano - Montebelluna Maggiore)	VEN	180	1.196	1.376	4.388	4.384	5.677.989	5.620.928	78,0
173	Este (Monselice - Este - Montagnana)	VEN	224	1.595	1.819	5.141	5.102	6.450.504	6.535.511	78,1
174	Novara (Novara - Borgomanero - Trecate)	PIE	397	3.030	3.427	8.643	8.298	10.198.883	10.628.656	78,1
175	Mantova (Mantova - Castiglione delle Stiviere - Porto Mantovano)	LOM	222	1.902	2.124	5.438	5.272	6.336.206	6.749.660	78,1
176	Lanusei (Tortoli - Lanusei - Baunei)	SAR	63	456	519	1.597	1.675	2.271.666	2.144.789	78,1
177	Asolo (Castelfranco Veneto - Montebelluna - Veduggio)	VEN	219	1.699	1.918	5.714	5.821	7.623.589	7.446.600	78,2
178	Est Brunico (Brunico - Valle Aurina - Campo Tures)	BOL	68	385	453	1.803	1.908	2.693.764	2.439.795	78,2
179	Città di Castello (Città di Castello - Gubbio - Umbertide)	UMB	135	1.124	1.259	3.062	3.015	3.664.889	3.852.943	78,2
180	Chioggia (Chioggia - Piove di Sacco - Cavarzere)	VEN	164	1.006	1.170	3.629	3.653	4.722.210	4.652.407	78,5
181	Ovest Merano (Merano - Lana - Silandro)	BOL	121	815	936	3.184	3.302	4.425.091	4.199.582	78,6
182	Casale Monferrato (Casale Monferrato - Valenza - Trino)	PIE	150	1.680	1.830	3.371	3.184	3.603.675	4.043.043	78,7
183	Pinerolo (Pinerolo - Luserna S. Giovanni - Cumiana)	PIE	166	1.471	1.637	3.719	3.520	4.147.658	4.456.627	79,0
184	Napoli / 1 (NAPOLI)	CAM	1.259	9.002	10.261	28.029	30.497	41.247.069	38.572.897	79,1
185	Vigevano (Vigevano - Mortara - Garlasco)	LOM	220	2.184	2.404	4.897	4.580	5.265.011	5.753.258	79,6
186	Alessandria (Alessandria - Tortona - Castelnuovo Scrivia)	PIE	230	2.513	2.743	5.304	5.067	5.654.702	6.359.174	79,7
187	Belluno (Belluno - Ponte nelle Alpi - Cortina d'Ampezzo)	VEN	171	1.389	1.560	3.763	3.669	4.351.469	4.596.204	79,8
188	Nord Bressanone (Bressanone - Vipiteno - Chiusa)	BOL	63	392	455	1.756	1.829	2.477.835	2.670.036	80,4
189	Carbonia (Carbonia - Iglesias - Sant'Antioco)	SAR	153	1.044	1.197	4.189	4.318	5.660.014	5.354.389	80,7
190	Collegno (Rivoli - Collegno - Grugliasco)	PIE	425	2.562	2.987	10.404	10.000	12.269.355	12.335.176	81,1
191	Vercelli (Vercelli - Borgosesia - Santhià)	PIE	247	2.341	2.588	5.463	5.169	5.805.115	6.359.479	81,3
192	Crema (Crema - Castellone - Pandino)	LOM	197	1.154	1.351	4.156	4.063	4.903.550	4.987.186	81,5
193	Chiari (Chiari - Palazzolo sull'Oglio - Rovato)	LOM	205	1.200	1.405	4.948	4.952	6.215.045	6.062.881	81,7
194	Cremona (Cremona - Soresina - Pizzighettone)	LOM	225	1.892	2.117	4.827	4.467	4.875.647	5.387.179	82,9
195	Albino (Albino - Zona Lombardo - Nembro)	LOM	209	1.315	1.524	4.853	4.814	5.803.384	5.791.900	83,1
196	San Donà di Piave (S. Donà di Piave - Portogruaro - Iesolo)	VEN	229	1.474	1.703	5.841	5.747	6.867.034	6.901.087	83,3
197	Caserta / 2 (Aversa - Santa Maria Capua Vetere - Sessa Aurunca)	CAM	493	2.723	3.216	12.123	13.619	18.532.356	16.342.146	83,3
198	Ivrea (Ivrea - Rivarolo Canavese - Cuorgnè)	PIE	255	2.128	2.383	5.715	5.468	6.074.998	6.540.103	83,6
199	Treviglio (Treviglio - Romano di Lombardia - Caravaggio)	LOM	250	1.331	1.581	5.627	5.677	6.945.567	6.755.952	84,0
200	Thiene (Schio - Thiene - Malo)	VEN	230	1.368	1.598	5.089	5.029	5.857.426	5.916.180	85,0
201	Ostiglia (Suzzara - Gonzaga - S. Benedetto Po)	LOM	118	1.141	1.259	2.793	2.740	2.899.342	3.214.209	85,2
202	Ferrara (Ferrara - Cento - Argenta)	EMR	499	3.961	4.460	11.359	10.829	11.119.614	12.458.716	86,9
203	Cuneo (Cuneo - Borgo S. Dalmazzo - Busca)	PIE	194	1.586	1.780	4.613	4.636	5.077.571	5.312.847	87,3
204	Alba (Alba - Bra - Cherasco)	PIE	197	1.702	1.899	4.803	4.716	5.087.186	5.365.522	87,9
205	Savigliano (Fossano - Savigliano - Saluzzo)	PIE	202	1.640	1.842	4.942	4.896	5.306.474	5.547.750	88,3
206	Pavia (Pavia - Casorate Primo - Belgioioso)	LOM	271	1.974	2.245	6.059	5.715	6.008.702	6.455.896	88,5
207	Mondovì (Mondovì - Ceva - Villanova Mondovì)	PIE	114	1.177	1.291	2.700	2.671	2.622.282	2.928.393	91,2
208	Rovigo (Rovigo - Lendinara - Badia Polesine)	VEN	260	1.907	2.167	6.231	6.136	6.239.366	6.589.128	93,1
209	Lodi (Lodi - Codogno - Casalpusterlengo)	LOM	299	1.770	2.069	6.794	6.577	6.717.506	6.959.369	94,5
210	Feltre (Feltre - Sedico - Mel)	VEN	116	895	1.011	2.660	2.647	2.630.255	2.791.388	94,8
211	Nuoro (Nuoro - Macomer - Siniscola)	SAR	272	1.814	2.086	7.108	7.239	7.951.860	7.603.460	95,2
212	Sondrio (Sondrio - Morbegno - Tirano)	LOM	250	1.401	1.651	6.035	6.036	6.360.995	6.282.012	96,1
213	Breno (Darfo Boario Terme - Pisogne - Breno)	LOM	151	769	920	3.528	3.498	3.495.611	3.449.892	101,4
214	Aosta (Aosta - Saint-Vincent - Châtillon)	VDA	200	1.020	1.220	4.678	4.501	4.025.829	4.189.342	107,4
215	Alto Friuli (Gemona del Friuli - Tolmezzo - Buia)	FVG	152	958	1.110	3.447	3.427	2.847.513	2.996.831	114,4

(1) Di seguito alla denominazione della Usl sono riportati tra parentesi i tre comuni più grandi in termini di popolazione ad essa afferenti.

(*) TORINO (AM) comprende le 4 Usl dell'area metropolitana di Torino, MILANO (AM) comprende le 6 Usl dell'area metropolitana di Milano, VENEZIA comprende le 2 Usl di Venezia e di Mestre, ROMA (AM) comprende le 5 Usl dell'area metropolitana di Roma.

APPENDICE 3 NOTE GENERALI

A.3.1. POPOLAZIONE RESIDENTE

La popolazione utilizzata è quella riferita al 30.06.96 (30.06.94 per gli indicatori di mortalità), calcolata quale media fra la popolazione al 1° gennaio e quella al 31 dicembre; la distribuzione per Azienda Usl, Provincia e Regione è stata stimata sulla base dei dati del Censimento della popolazione (ISTAT, 1991), dei dati regionali per classi di età del 1996 e del movimento anagrafico per comune 1996 (1994 nel caso degli indicatori di mortalità); sulla base di queste fonti sono stati stimati dati disaggregati per Comune e per classi di età (0-4 anni, 5-14 anni, ecc.).

A.3.2. POPOLAZIONE PESATA

Per popolazione pesata si intende una popolazione equivalente a quella effettiva che sia stata ponderata secondo una serie di pesi attribuiti per classi di età; nella tavola che segue viene riportato il calcolo eseguito per il totale della popolazione nazionale utilizzando i pesi proposti dal Ministero della Sanità per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale 1999.

	CLASSI DI ETÀ								TOTALE POPOLAZIONE
	MENO DI UN ANNO	DA 1 A 4 ANNI	DA 5 A 14 ANNI	DA 15 A 24 ANNI	DA 25 A 44 ANNI	DA 45 A 64 ANNI	DA 65 A 74 ANNI	75 E OLTRE	
Popolazione effettiva									
- maschi	275.898	1.128.960	2.941.023	3.957.673	8.626.571	6.925.434	2.569.146	1.430.679	27.855.384
- femmine	260.842	1.067.636	2.805.904	3.806.924	8.557.614	7.300.319	3.224.742	2.517.622	29.541.602
- totale	536.740	2.196.596	5.746.926	7.764.597	17.184.185	14.225.753	5.793.888	3.948.302	57.396.987
<i>composizione percentuale</i>	0,9%	3,8%	10,0%	13,5%	29,9%	24,8%	10,1%	6,9%	100,0%
Pesi farmaceutica									
maschi				0,6930	0,6930				
femmine				0,7710	0,7710				
maschi e femmine	1,0000	0,9690	0,6950			2,1040	4,1760	4,2900	
Pesi specialistica									
maschi e femmine	0,0518	0,0518	0,0518	0,0534	0,0534	0,0580	0,0850	0,0640	
Pesi ospedaliera									
maschi e femmine	2,3480	0,3800	0,2890	0,4180	0,5960	1,0450	2,5750	2,5750	
Pesi altre voci									
maschi e femmine	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	
Popol. pesata ospedaliera									
maschi + femmine	1.264.710	837.650	1.666.719	3.257.048	10.277.896	14.918.344	14.971.881	10.202.736	57.396.987
<i>composizione percentuale</i>	2,2%	1,5%	2,9%	5,7%	17,9%	26,0%	26,1%	17,8%	100,0%
Popol. pesata farmaceutica									
maschi + femmine	320.983	1.272.894	2.388.575	3.395.462	7.520.827	17.899.440	14.469.350	10.129.455	57.396.987
<i>composizione percentuale</i>	0,6%	2,2%	4,2%	5,9%	13,1%	31,2%	25,2%	17,6%	100,0%
Popol. pesata specialistica									
maschi + femmine	477.531	1.954.283	5.112.967	7.121.439	15.760.783	14.171.338	8.458.564	4.340.082	57.396.987
<i>composizione percentuale</i>	0,8%	3,4%	8,9%	12,4%	27,5%	24,7%	14,7%	7,6%	100,0%
Popol. pesata altre voci									
maschi + femmine	536.740	2.196.596	5.746.926	7.764.597	17.184.185	14.225.753	5.793.888	3.948.302	57.396.987
<i>composizione percentuale</i>	0,9%	3,8%	10,0%	13,5%	29,9%	24,8%	10,1%	6,9%	100,0%

La popolazione pesata consente pertanto di valutare in quale misura una determinata fascia di età incida sulla popolazione effettiva in ragione del presunto assorbimento di risorse di assistenza sanitaria valutato in termini

di peso attribuito: se i residenti di 75 anni ed oltre rappresentano il 6,9% della popolazione nazionale, nel caso, ad esempio, della popolazione pesata per assistenza ospedaliera l'assorbimento di risorse da parte della stessa classe di età è quello equivalente ad una popolazione che avesse il 17,8% di residenti ultra74enni. Di contro, l'assorbimento di risorse da parte degli assistibili di età compresa fra i 5 ed i 14 anni rappresenta, sempre nel caso dell'assistenza ospedaliera, il 2,9% a fronte di una incidenza sulla popolazione effettiva pari al 10,0%. L'utilizzo della popolazione pesata in luogo di quella effettiva nel caso del calcolo della spesa pro-capite permette quindi di attenuare le disomogeneità fra le diverse aree del Paese (sia a livello di Azienda Usl che regionale) dovute alla diversa composizione per età della popolazione registrata sul territorio nazionale (cfr. indice di vecchiaia).

A.3.3. MORTALITÀ STANDARDIZZATA

Questo indicatore è stato calcolato, per sesso, sia con riferimento alle classi di età 0-4 anni, 5-64 anni e 65 anni ed oltre (elaborazioni finalizzate al calcolo della mortalità evitabile, cfr. più avanti) sia con riferimento alle due fasce 0-74 anni e 75 anni ed oltre. La mortalità standardizzata è stata calcolata sulla base dei dati ISTAT applicando i tassi specifici di mortalità (decessi per classe di età diviso residenti per classe di età) per classi di età quinquennali riferiti ad un'area territoriale (Azienda Usl, Provincia, Regione) rispetto ad una "popolazione tipo". Ciò consente di eliminare l'effetto attribuibile alla composizione per età delle singole popolazioni analizzate rendendo i tassi confrontabili; per maggior chiarezza si veda l'esempio della tabella che segue.

CLASSI DI ETÀ	POPOLAZIONE – VALORI ASSOLUTI			DECESSI – VALORI ASSOLUTI		
	AREA A	AREA B	POP TIPO	AREA A	AREA B	POP TIPO
Classe 1	100.000	500.000	600.000	15	50	65
Classe 2	200.000	400.000	600.000	15	28	43
Classe 3	300.000	300.000	600.000	30	30	60
Classe 4	400.000	200.000	600.000	70	45	115
Classe 5	500.000	100.000	600.000	100	30	130
Totale	1.500.000	1.500.000	3.000.000	230	183	413

CLASSI DI ETÀ	POPOLAZIONE – COMPOSIZIONE PERCENTUALE			TASSI SPECIFICI DI MORTALITÀ (x100000)		
	AREA A	AREA B	POP TIPO	AREA A	AREA B	POP TIPO
Classe 1	6,7%	33,3%	20,0%	15,0	10,0	10,8
Classe 2	13,3%	26,7%	20,0%	7,5	7,0	7,2
Classe 3	20,0%	20,0%	20,0%	10,0	10,0	10,0
Classe 4	26,7%	13,3%	20,0%	17,5	22,5	19,2
Classe 5	33,3%	6,7%	20,0%	20,0	30,0	21,7
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	15,3	12,2	13,8

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ (x100000)		
AREA A	AREA B	POP TIPO
14,0	15,9	13,8

La tabella riporta il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità rispetto a due popolazioni (area A e area B) con riferimento ad una "popolazione tipo" convenzionalmente pari alla somma delle due aree analizzate. A fronte di un tasso grezzo di mortalità (pari al numero di decessi per 100.000 residenti, cfr. indicatori demografici) più elevato per l'area A (15,3) che per l'area B (12,2) i tassi standardizzati di mortalità mostrano un risultato opposto (14,0 per l'a-

rea A e 15,9 per l'area B). Ciò dipende dalla struttura per classi di età della popolazione: per l'area A la classe 1 conta 100.000 unità, la classe 2 conta 200.000 unità e così via fino alla classe 5 che conta 500.000 unità; la distribuzione della popolazione dell'area B a parità di unità totali rispetto all'area A (1.500.000 abitanti) è invece distribuita inversamente, privilegiando la classe di età 1 e decrescendo fino alla classe 5. Il calcolo dei tassi standardizzati di mortalità neutralizza di fatto tale composizione per classi di età: applicando i tassi di mortalità specifici per classi di età alla popolazione tipo si ottengono tassi di mortalità standardizzati (e quindi confrontabili) per le due aree.

A.3.4. MORTALITÀ INFANTILE

La mortalità infantile è definita come il rapporto fra il numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita in un determinato periodo ogni 1.000 nati vivi nello stesso periodo di riferimento (anno 1994, fonte ISTAT).

A.3.5. CAUSE DI MORTE CON INDICAZIONE DELLE "CAUSE EVITABILI" IN ETÀ 5-64 ANNI

GRUPPO DI CAUSE	CODICI ICD-9 ^(*)	TIPOLOGIA DI CAUSA EVITABILE
Malattie infettive	da 001 a 139	
→ tutte le cause	da 001 a 139	prevenzione primaria
Tumori	da 140 a 239	
→ cavo orale	da 140 a 150	prevenzione primaria
→ fegato	155	prevenzione primaria
→ vie respiratorie	da 160 a 162 e 165	prevenzione primaria
→ pelle, mammella	da 172 a 179	diagnosi precoce e terapia
→ utero	da 180 a 182	diagnosi precoce e terapia
→ testicolo	186	diagnosi precoce e terapia
→ vescica	188	prevenzione primaria
→ malattia di Hodgkin	201	diagnosi precoce e terapia
→ leucemie	da 204 a 208	igiene e assist. sanitaria
Mal. ghiandole endocr., nutriz., metabol. e dist. immunitari	da 240 a 279	
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	da 280 a 289	
Dist. psichici, mal. del sist. nervoso e degli organi di senso	da 290 a 389	
→ meningite	da 320 a 322	igiene e assist. sanitaria
→ poliomielite e altre encefaliti da infezioni	323, 2,3,4	igiene e assist. sanitaria
Malattie sistema circolatorio	da 390 a 459	
→ cardiopatie reumatiche croniche	da 393 a 398	igiene e assist. sanitaria
→ malattia ipertensiva	da 401 a 405	igiene e assist. sanitaria
→ malattie ischemiche cardiache	da 410 a 414	igiene e assist. sanitaria
→ malattie cerebrovascolari	da 430 a 438	prevenzione primaria
Malattie dell'apparato respiratorio	da 460 a 519	
→ prime vie respiratorie	da 460 a 478	igiene e assist. sanitaria
→ polmoniti, influenza, bronchiti	da 480 a 491	igiene e assist. sanitaria
→ alveolite allergica	495	igiene e assist. sanitaria
→ polmoniti da inalazione di solidi o liquidi	507	igiene e assist. sanitaria
Malattie dell'apparato digerente	da 520 a 579	
→ ulcera gastrica	531	igiene e assist. sanitaria
→ appendicite	da 540 a 543	igiene e assist. sanitaria
→ ernie inguinali e addominali	da 550 a 553	igiene e assist. sanitaria
→ cirrosi e altre malattie del fegato da alcool	571, 0,1,2,3	prevenzione primaria
→ dist. cistifellea e vie biliari (escl. calcoli)	da 575 a 576	igiene e assist. sanitaria
Complicaz. gravidanza, parto e puerperio	da 630 a 676	
→ tutte le cause	da 630 a 676	igiene e assist. sanitaria
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	da 680 a 709	
Mal. del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	da 710 a 739	
Malformazioni congenite	da 740 a 759	
→ malformazioni sistema cardiocircolatorio	da 745 a 747	igiene e assist. sanitaria
Condizioni morbose di origine perinatale	da 760 a 779	
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti	da 780 a 799	
Traumatismi e avvelenamenti	da 800 a 999	
→ tutte le cause	da 800 a 999	prevenzione primaria

(*) Classificazione internazionale delle malattie e delle cause di morte, 9ª revisione. ISTAT, 1975.

Per la definizione delle cause di mortalità evitabile (articolate in prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria) è stato fatto espresso riferimento a quanto riportato nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 1996.

Le elaborazioni relative alla mortalità sono state condotte escludendo i deceduti per i quali non fosse disponibile l'informazione relativa alla Azienda Usl di residenza. Nella tavola che segue è riportata la distribuzione per Regione del numero di morti nel 1994 con indicazione dei soggetti esclusi dal calcolo degli indicatori.

REGIONE	DECESSI CON AZ. USL NOTA	DECESSI CON AZ. USL NON IDENTIFICATE	TOTALE DECESSI	% DECESSI AZ. USL NON IDENTIFICATE
Piemonte	49.399	8	49.407	(<0,05%)
Valle d'Aosta	1.220	—	1.220	—
Lombardia	84.744	9	84.753	(<0,05%)
p.a. Bolzano	3.572	—	3.572	—
p.a. Trento	4.532	—	4.532	—
Veneto	41.822	6	41.828	(<0,05%)
Friuli Venezia Giulia	14.680	—	14.680	—
Liguria	22.408	3	22.411	(<0,05%)
Emilia Romagna	44.475	5	44.480	(<0,05%)
Toscana	41.083	4	41.087	(<0,05%)
Umbria	8.987	1	8.988	(<0,05%)
Marche	14.815	1	14.816	(<0,05%)
Lazio	45.658	408	46.066	0,9%
Abruzzo	12.695	1	12.696	(<0,05%)
Molise	3.393	2	3.395	0,1%
Campania	45.664	161	45.825	0,4%
Puglia	31.579	44	31.623	0,1%
Basilicata	5.383	—	5.383	—
Calabria	17.378	—	17.378	—
Sicilia	45.952	75	46.027	0,2%
Sardegna	13.540	304	13.844	2,2%
Residenza non nota	—	1.868	1.868	100,0%
Totale deceduti italiani	552.979	2.900	555.879	0,5%
<i>Residenza estero</i>			<i>446</i>	
Totale banca dati			556.325	

Gli indicatori di mortalità sono stati calcolati, per quanto attiene al livello territoriale delle Aziende Usl, rispetto ad un totale di decessi pari a 552.979 unità, contro le 555.879 effettive (esclusi i deceduti residenti all'estero). Non risultando sovrapponibile il territorio provinciale con quello per Azienda Usl, gli indicatori di mortalità sono stati desunti da due database informatizzati distinti alla fonte (ISTAT): il primo, contenente la codifica territoriale dell'Azienda Usl, il secondo quella provinciale. La numerosità totale dei decessi ha presentato per questo motivo incongruenze quasi trascurabili, in ragione della numerosità dei deceduti per i quali pur non essendo disponibile la Azienda Usl di residenza è stato possibile risalire quanto meno alla provincia di residenza. Il dato a livello regionale è stato comunque aggregato a partire dalle Aziende Usl ed è quindi con queste sovrapponibile.

Come evidenziato dalla tavola, per 6 regioni non sono stati rilevati "missing" in ordine alla classificazione per Azienda Usl di residenza: in 9 regioni tale quota è inferiore a 5 decessi ogni 10.000 (< 0,05%); nel caso di Molise, Campania, Puglia e Sicilia lo scostamento fra i decessi analizzati e quelli esclusi risulta comunque inferiore 5 casi ogni 1.000; la Regione Lazio presenta una quota di deceduti con Azienda Usl di residenza non nota pari a quasi l'1%; infine, per la Sardegna si è verificato in oltre 2 casi ogni 100 che il dato sulla residenza non potesse essere raffinato oltre la soglia provinciale.

Nel complesso, la casistica esclusa dalle elaborazioni condotte è equivalente a 5 casi ogni 1.000 decessi, per un totale di 2.900 unità, per 1.868 delle quali non è comunque disponibile neanche la provincia di residenza.

A.3.6. INFORTUNI SUL LAVORO

Si tratta di un indicatore di incidenza che misura il numero di casi avvenuti nel corso dell'anno di riferimento, il 1996, che sono stati "definiti" entro il 30 giugno 1998, che cioè hanno avuto da parte dell'INAIL il riconoscimento di una indennità per invalidità temporanea o permanente. Il numero di infortuni è stato distinto per esito (invalidità temporanee o permanenti) e per classe di età (0-29 anni, 30-49 anni e 50 anni ed oltre); gli indicatori sono stati calcolati come numero di infortuni / popolazione (per classe di età) x 100.000.

A.3.7. RETE OSPEDALIERA

L'analisi della rete ospedaliera è condotta aggregando i dati di attività (fonte Ministero della Sanità) degli istituti di ricovero e cura per aree assistenziali, queste ultime articolate come evidenziato dalla tabella che segue.

AREA	DISCIPLINA
Terapia intensiva e subintensiva	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 (abil. 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; Urologia Pediatrica.
Specialità di base	Allergologia; Angiologia; Chirurgia Generale; Mal. Endocrine ric. e nutr.; Immunologia; Geriatria; Medicina del Lavoro; Medicina Generale; Medicina Legale; Oculistica; Odontoiatria e Stomatologia; Ortopedia e Traumatologia; Ostetricia e Ginecologia; Otorinolaringoiatria; Tossicologia; Urologia; Astanteria; Dermatologia; Fisiopatologia Riproduzione Umana; Gastroenterologia; Medicina Nucleare; Pneumologia; Radioterapia; Reumatologia; Radioterapia Oncologica; Detenuti.
Psichiatria	Psichiatria.
Riabilitazione	Recupero e Riabilitazione; Neuro-Riabilitazione.
Lungodegenza	Lungodegenti.

Gli istituti di ricovero e cura sono presentati secondo tre aggregati: Ospedali pubblici ed equiparati (comprensivi degli ospedali a gestione diretta delle Aziende Usl, degli ospedali classificati e assimilati e degli altri ospedali pubblici presidi delle Aziende Usl); Aziende ospedaliere (comprensive, oltre che delle Aziende ospedaliere in senso stretto, delle cliniche universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico); Case di cura private accreditate.

Per l'analisi a livello di Azienda Usl i posti letto delle Aziende ospedaliere sono stati considerati una risorsa a carattere regionale; a ciascuna Azienda Usl afferente ad una determinata regione è stato pertanto assegnato, in relazione alla dotazione di Aziende ospedaliere, un numero di posti letto pro-capite calcolato come media regionale e quindi omogeneo fra le Aziende Usl afferenti alla medesima Regione. La dotazione di posti letto è espressa come numero di posti per 100.000 residenti. Il tasso di utilizzazione indica l'occupazione media nel periodo di riferimento dei posti letto effettivamente utilizzati. In formule: $T.U. = \text{giornate di degenza} / \text{giornate disponibili} \times 100$, dove $\text{giornate disponibili} = \text{num. posti letto} \times \text{giorni dell'anno}$.

A.3.8. PERSONALE DIPENDENTE E ASSETTI RETRIBUTIVI PRO-CAPITE

Le aggregazioni scelte sono quelle dei comparti contrattuali di contrattazio-

ne collettiva: dirigenza medica e veterinaria, dirigenti amministrativi, professionali, sanitari e tecnici, personale delle qualifiche funzionali.

L'ambito di osservazione, ad eccezione dell'analisi proposta nel capitolo 2, è quello del personale dipendente dalle aziende Usl, con esclusione, quindi, del personale dipendente dalle aziende ospedaliere, dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dai policlinici universitari e dagli istituti zooprofilattici sperimentali.

La retribuzione mensile lorda pro-capite è la misura, per singola Azienda Usl e categoria di personale, delle seguenti voci retributive: stipendio, indennità integrativa speciale, retribuzione individuale di anzianità, tredicesima, indennità fisse e ricorrenti (es. retribuzione di posizione per i dirigenti) e accessorio variabile (es. straordinario o incentivi).

Il calcolo della misura mensile pro-capite è effettuato attraverso una stima delle mensilità effettivamente pagate a ciascuna singola qualifica funzionale, effettuata dividendo l'ammontare annuale speso di indennità integrativa speciale per la sua misura mensile, il cui valore è uguale su tutto il territorio nazionale e bloccato dai primi anni novanta. I valori mensili pro-capite dei diversi aggregati (retribuzione complessiva, straordinario, incentivi) sono valutati dividendo la relativa spesa annuale per le mensilità pagate.

La quota di salario variabile sulla retribuzione complessiva è un indicatore del grado di flessibilità della retribuzione e misura quanta parte di questa, in percentuale, è composta da straordinari ed incentivi.

A.3.9. GESTIONE FINANZIARIA: SPESA DELLE AZIENDE USL E SPESA DELLE REGIONI

Gli indicatori relativi alla spesa delle Aziende Usl e ospedaliere e delle Regioni sono calcolati in funzione della popolazione pesata.

Per spesa diretta si intende la spesa per il personale e per i beni ed i servizi; in particolare, la spesa delle Aziende ospedaliere è stata ripartita sulla base della popolazione regionale, avendo considerato tali Aziende una risorsa della Regione di appartenenza (cfr. rete ospedaliera). Per spesa convenzionata si intende il complesso delle spese sostenute in regime di convenzione per assistenza ospedaliera, farmaceutica, specialistica, oltre che per la medicina di base ed altre voci minori. Per farmaci ed emoderivati delle Aziende Usl e delle Aziende ospedaliere si intende la spesa afferente al capitolo 098 dei rendiconti delle Aziende. La disomogeneità fra i dati a livello regionale e quelli a livello di azienda (Usl e ospedaliera) dipende dall'aver disposto di due flussi informativi: da un lato, i rendiconti delle Aziende Usl ed ospedaliere e, dall'altro, i dati consolidati a livello regionale, entrambi rilevati a cura del Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione Sanitaria. La somma delle spese ricavate dai rendiconti delle Aziende può pertanto non coincidere con quanto rilevabile dai dati regionali.

A.3.10. CONSUMI FARMACEUTICI

I consumi farmaceutici pro-capite sono stati calcolati in funzione della popolazione pesata e disaggregati per le 7 principali categorie codificate in

base alla Classificazione Anatomica Terapeutica Chimica delle specialità medicinali (ATC) in ordine di consumo rilevato per quantità (numero di confezioni vendute) e per valore, quest'ultimo calcolato in prezzo al pubblico (fonte Farindustria).

La classificazione ATC è articolata su 14 gruppi principali:

GRUPPO	DESCRIZIONE	GRUPPO	DESCRIZIONE
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori
B	Sangue ed organi emopoietici	M	Sistema muscolo-scheletrico
C	Sistema cardiovascolare	N	Sistema nervoso
D	Dermatologici	P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	R	Sistema respiratorio
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	S	Organi di senso
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	V	Vari

A.3.11. MEDICINA DI BASE

Comprende 4 indicatori: popolazione di età superiore ai 14 anni per medico di base; popolazione di età 0-14 anni per medico pediatra; numero di ricette pro-capite (popolazione pesata); importo medio per ricetta (in lire). I dati sono di fonte Ministero della Sanità.

A.3.12. INDICATORI DEMOGRAFICI

Indice di vecchiaia = popolazione 65 anni e oltre / popolazione 0-14 anni x 100

Indice di dipendenza = (popolazione 65 anni e oltre + popolazione 0-14 anni) / popolazione 15-64 anni x 100

Tasso grezzo di natalità = nati vivi / popolazione totale x 1.000

Tasso grezzo di mortalità = morti / popolazione totale x 1.000

Bimbi per donna feconda = popolazione 0-4 anni / popolazione femminile 15-44 anni x 100

Numero medio di componenti la famiglia = popolazione totale / numero di famiglie totale

Abitanti per chilometro quadrato = popolazione totale / superficie

Saldo migratorio = Incremento o decremento / popolazione totale x 100.000

Tutti gli indicatori demografici sono calcolati sulla base di dati ISTAT.

A.3.13. INDICATORI DI CONTESTO ECONOMICO

Occupazione e disoccupazione

Il tasso di disoccupazione è misurato dal numero di persone in cerca di lavoro sul totale della forza lavoro secondo la formula disoccupati diviso (occupati + disoccupati). Si tratta quindi di un rapporto di composizione che chiarisce la quota percentuale di persone prive di attività lavorativa sul totale di persone che appartengono al mercato del lavoro; di conseguenza il complemento del tasso di disoccupazione restituisce il tasso di occupazione (es. un'area con un tasso di disoccupazione del 10% ha il 90% delle proprie forze di lavoro occupate).

Diverso è l'indicatore di occupazione lorda, misurato come numero di occupati su totale della popolazione con oltre 14 anni di età, in quanto in questo caso il numeratore comprende anche abitanti non appartenenti alle forze di lavoro come studenti, casalinghe e pensionati. Quest'ultimo

indicatore fornisce una misura della quota di popolazione effettivamente lavorativa sulla popolazione residente ad esclusione dei giovani in età non lavorativa.

Reddito prodotto pro-capite

La dizione tecnica è quella di “valore aggiunto pro-capite al costo dei fattori”. Il valore aggiunto è una nozione economica utilizzata per individuare il contributo “netto” alla produzione di reddito, laddove il termine netto è riferito ai cosiddetti consumi intermedi. Così il mugnaio, per fare un esempio classico, aggiunge valore al grano trasformandolo in farina, ed il fornaio aggiunge a sua volta valore alla farina trasformandola in pane. Il valore aggiunto è quindi una misura che evita di contare più volte i prodotti che divengono consumi intermedi per altre categorie, consentendo di pervenire ad una misura del prodotto interno lordo finale. L’analisi per area geografica consente di valutare il contributo di ciascun territorio alla realizzazione del prodotto interno lordo, il cosiddetto Pil, al costo dei fattori. Il Pil comunemente inteso, valutato ai prezzi di mercato, comprende le imposte indirette, in primo luogo l’Iva, al contrario del Pil al costo dei fattori, che le esclude. Quest’ultima misura di conseguenza quanto viene effettivamente percepito dai diversi fattori produttivi, piuttosto che il prezzo di vendita di mercato, che comprende la quota destinata allo Stato a titolo di imposte indirette.

Consumi elettrici

La misura dei consumi elettrici è utilizzata, nelle analisi economiche, per avere una indicazione dell’andamento dell’economia con un grado di tempestività non ipotizzabile con altri tipi di statistiche (es. statistiche della produzione industriale). È utilizzato in questa sede come una indicazione grezza del grado di “benessere” della popolazione residente nel territorio di ciascuna azienda sanitaria locale, altrimenti impossibile da misurare: l’Istat offre misure di prodotto e di reddito unicamente fino al livello regionale; altre fonti, come l’Istituto Tagliacarne, si spingono al massimo fino ad una disaggregazione provinciale.

Depositi bancari

Come nel caso dei consumi elettrici, questa rilevazione ANCITEL condotta su dati di base comunali della Banca d’Italia opportunamente integrata e completata, consente di ricostruire per ciascuna azienda sanitaria locale questo indicatore indiretto del grado di benessere economico goduto dai suoi abitanti.

A.3.14. RIFERIMENTI ESSENZIALI

- (1) ANCITEL. *Le misure dei Comuni*. Ver. CD Rom, Roma, 1997 [www.ancitel.it]
- (2) DE MARCO R ET AL. *Atlante della mortalità evitabile della Regione Veneto (1969-1991)*. CLEUP editrice, Padova 1997.
- (3) DORNBUSH R – FISHER S. *Macroeconomia*. Il Mulino, BOLOGNA 1995.
- (4) ISTITUTO GUGLIELMO TAGLIACARNE, UNIONCAMERE. *Il reddito prodotto dalle 103 province nel quinquennio 1991-95*. Roma, 15 luglio 1998 [www.tagliacarne.it]

- (5) ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA. *Annuario 1997*. ISTAT, Roma 1998 [www.istat.it].
- (6) ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA. *Classificazione internazionale delle malattie e delle cause di morte* - 9^a revisione. ISTAT, 1975.
- (7) ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO, *Notiziario Statistico*, 1997/4 [www.inail.it/bancadati/]
- (8) *L'informatore farmaceutico 1998*. Ed. OEMF international srl.
- (9) LETI G. *Statistica descrittiva*. il Mulino, Bologna 1983.
- (10) LIVI BACCI M. *Introduzione alla demografia*. Loescher editore, Torino 1998.
- (11) MINISTERO DEL TESORO – RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO. *Conto annuo del personale delle pubbliche amministrazioni 1996*.
- (12) MINISTERO DELLA SANITÀ – SERVIZIO STUDI E DOCUMENTAZIONE. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1996*.
- (13) MINISTERO DELLA SANITÀ – DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA. *Flussi informativi sanitari 1996* [www.sanita.it].
- (14) MINISTERO DELLA SANITÀ – *Popolazione pesata* (ASI n.1/1999).
- (15) RUTSTEIN DD - BERENBERG W - CHALMERS TC - CHILD CG - FISHMAN AP - PERRIN EB: *Measuring the quality of medical care: second revision of table of indexes*. NEJM 1980, 302, 1146-50.

© Prometeo - Atlante della Sanità Italiana - 1999
Esis - Edizioni Studi e Servizi di Interesse Sanitario srl
Roma 1999

Via Barberini 3, 00187 Roma - tel. 06/4881224
E-mail: esis@flashnet.it

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

Progetto grafico e cd-rom editing: RC data design, Roma