

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di
assistenza e dei principi etici di sistema

RAPPORTO NAZIONALE
DI MONITORAGGIO
DEI LIVELLI ESSENZIALI
DI ASSISTENZA
Anni 2005–2006

Giugno 2009

Pubblicazione a cura dell' Ufficio VI della Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema: Lucia Lispi, Carla Ceccolini, Diego Del Gigante, Pietro Granella, Federica Medici e Antonio Nuzzo

Si ringraziano per la collaborazione: Direzione generale della prevenzione sanitaria e Direzione generale del sistema informativo del Ministero della salute, AIFA, ISS, ISTAT e Assessorati alla sanità delle Regioni.

Per informazioni rivolgersi a:

Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

Piazzale dell' Industria, 20 – 00144 Roma

Tel. 0659942055

Fax 0659942532

e-mail: l.lispi@sanita.it

Il presente rapporto è consultabile on-line all' indirizzo Web: www.ministerosalute.it

Presentazione

Essere garanti, su tutto il territorio nazionale, dell'erogazione equa ed uniforme dei livelli di assistenza rimane uno dei compiti fondamentali dell'istituzione centrale e rendere pubblici i risultati delle operazioni di verifica e di monitoraggio, previste dal decreto ministeriale del 12 dicembre 2001, recante “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”, ne costituisce la principale modalità operativa.

Il decreto 12 dicembre 2001, infatti, fornisce, attraverso un insieme di indicatori e di parametri di riferimento, un efficace strumento affinché lo Stato possa realmente farsi garante dell'equità sul territorio nazionale e al tempo stesso rispondere alle richieste di potenziamento dei sistemi di verifica delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini.

Il presente Rapporto nazionale di monitoraggio nasce dopo una prima esperienza realizzata nel 2003 e consolida spunti e suggerimenti pervenuti dai principali operatori e programmatori sanitari delle istituzioni regionali e locali.

Nonostante le difficoltà determinate dalla presenza di rilevanti disomogeneità nella qualità e nella copertura dei dati, conseguenti alla diversa natura delle fonti informative utilizzate, il Rapporto tende a migliorare nel tempo e a rispondere in modo sempre più adeguato al nuovo ruolo che il Ministero della salute ha acquisito a seguito delle recenti modifiche costituzionali.

Rispetto al precedente, il Rapporto si arricchisce di una serie di informazioni aggiuntive, che vanno dalla definizione operativa di ogni indicatore alla lettura sintetica ma puntuale della sua distribuzione territoriale e del suo andamento temporale. Fornisce spunti di riflessione quando i risultati presentano criticità e, in alcuni casi, sollecitazioni sulla necessità di intervenire con opportune misure ed azioni correttive.

Informare è solo un obiettivo del monitoraggio all'interno del sistema di garanzia del rispetto dei LEA, fondamentale per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata, ma soprattutto per rendere consapevoli e responsabilizzare pienamente le istituzioni e tutti i soggetti preposti alla pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari.

Il Direttore Generale

INTRODUZIONE

Il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, recante disposizioni in materia di federalismo fiscale, ha previsto l'istituzione di un sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata ai fini del raggiungimento, in ciascuna regione, degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale.

In questo quadro si innesta il decreto 12 dicembre 2001, emanato dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, che ha stabilito un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento rilevanti ai fini del monitoraggio dei livelli di assistenza, ed ha previsto specifiche procedure di diffusione dei risultati del monitoraggio stesso.

Tale diffusione rappresenta una risposta alla richiesta di ampliamento e potenziamento dei sistemi di verifica delle prestazioni e, conseguentemente, della soddisfazione degli utenti.

La misurazione dei risultati e dell'impatto degli interventi sanitari è divenuta, nell'opinione diffusa degli operatori e programmatori sanitari, nazionali e regionali, una condizione essenziale per aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'azione degli erogatori. Rilevare il livello quantitativo di raggiungimento degli obiettivi e dei benefici finali attesi, rende possibile un intervento tempestivo sulle criticità e getta le basi per un tentativo di miglioramento delle prestazioni.

Comunicare l'informazione diviene un fattore di crescita organizzativa e culturale per chi eroga prestazioni, perché facendo della conoscenza un patrimonio comune e, quindi, mettendo a disposizione dei soggetti coinvolti i dati disponibili, si può operare una reale attuazione delle norme e tradurle in azioni concrete per la modernizzazione dell'intero apparato pubblico.

La presente pubblicazione costituisce il quarto Rapporto di monitoraggio dell'assistenza sanitaria e rappresenta un tentativo di illustrare in modo analitico e allo stesso tempo semplice, la reale situazione dell'assistenza sanitaria sul territorio nazionale e l'effettiva attuazione dei livelli essenziali individuati a livello centrale.

Il Volume è organizzato con schede analitiche per ciascun indicatore che riportano definizione, dati e analisi dei risultati.

Dietro questa raccolta c'è, comunque, il grande impegno di un team ministeriale che, ha operato per realizzare un lavoro quanto più possibile affidabile e scientificamente corretto, ricercando per talune necessità, la collaborazione e l'ausilio dei referenti regionali.

La qualità dei dati raccolti, pur con alcune inesattezze, può ritenersi assolutamente accettabile, soprattutto tale da rendere possibile confronti nel tempo e fra realtà territoriali diverse.

D'altro canto, il livello di attendibilità dei dati trova la sua garanzia nella fonte stessa, posto che essi derivano dai flussi informativi routinari di questo Ministero, di altre Amministrazioni centrali, e da indagini effettuate *ad hoc* dalle regioni per alcuni settori specifici.

Anche gli indicatori economici possono essere considerati attendibili, sebbene sia opportuno sottolineare che appaiono maggiormente consolidati quelli per macrolivelli. Infatti, proprio se letti sotto il profilo del dato complessivo per macrolivelli, i dati rilevati rappresentano un riferimento significativo, in termini prospettici, della distribuzione territoriale delle prestazioni erogate e, soprattutto, un efficace strumento di analisi comparata fra le diverse realtà regionali.

È importante, comunque, segnalare che la qualità dei dati è, anno dopo anno, in via di miglioramento, anche se persistono ancora alcune difficoltà di acquisizione, in modo uniforme ed omogeneo, delle informazioni utili a descrivere correttamente alcune tipologie di assistenza. Le varie criticità, imputabili sia al diverso grado di sviluppo dei flussi informativi regionali, sia alla differente organizzazione nell'offerta dei servizi, sono state prudentemente evidenziate nelle singole schede indicatore.

NOTE METODOLOGICHE

Ai fini di una corretta interpretazione e lettura degli indicatori si riportano alcune precisazioni relative alla metodologia di elaborazione dei dati. Tali note rappresentano un utile strumento di lavoro per le Regioni, le Province Autonome e per le Aziende sanitarie che ritengono importante elaborare gli indicatori sanitari nell'ambito della propria realtà territoriale a supporto delle decisioni di programmazione sanitaria.

Gli indicatori sono stati elaborati con riferimento all'anno 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006. Per consentire una analisi del trend, per gli indicatori per i quali erano disponibili i dati di base, sono stati inseriti anche i valori relativi agli anni precedenti. Le tavole riportano anche i valori assoluti, indispensabili per una più completa valutazione dei valori assunti dagli indicatori.

La fonte informativa dei dati è costituita dai flussi del Sistema Informativo Sanitario (“Attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere”, “Malattie infettive”, “Osservatorio per la farmacovigilanza”, “Scheda di dimissione ospedaliera”) e dalle banche dati gestite direttamente dall’ISTAT e da altri istituti di ricerca. E’ segnalata in ogni scheda la fonte di provenienza delle informazioni di base.

Per il dettaglio relativo alle voci contenute nei costi dei livelli di assistenza si può fare riferimento alla tabella 2 e per un ulteriore approfondimento alle linee guida del modello LA riportate nel documento “Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” edito dal Ministero della salute.

La popolazione utilizzata negli indicatori è quella relativa al 1° gennaio dell’anno di riferimento. I dati sulla popolazione per regione, età e sesso provengono dalle statistiche demografiche dell’ISTAT. I dati di popolazione per USL provengono da elaborazioni effettuate dall’Ufficio di Statistica del Ministero della salute.

Per la determinazione della popolazione pesata sono stati utilizzati i seguenti pesi:

1. Farmaceutica

FASCIA DI ETÀ'	< 1 anno	1 - 4	5 - 14	15 - 44 (m)	15 - 44 (f)	45 - 64	65 - 74	75 e oltre
PESO	0,73	0,73	0,38	0,47	0,71	1,2	1,96	2,33

2. Ospedaliera

FASCIA DI ETÀ'	< 1 anno	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	75 e oltre
PESO	3,028	0,375	0,229	0,370	0,530	0,966	2,09	2,941

I primi sono gli stessi che vengono utilizzati dall’Osservatorio per la farmacovigilanza del Ministero della salute e derivano da studi intrapresi ai fini della ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). I pesi utilizzati per l’ospedaliera sono aggiornati periodicamente a partire dalle schede di dimissione ospedaliera, considerando la remunerazione e le prestazioni per età e sesso.

I tassi standardizzati di mortalità sono costruiti dall’ISTAT con metodo diretto utilizzando come popolazione tipo la popolazione media residente in Italia nel 1991.

Per alcuni indicatori è stato necessario rivedere le modalità di costruzione previste nelle schede indicatore del D.M. 12/12/01. In particolare:

- Al posto dell’indicatore “Costo per unità bovino-equivalente del servizio di sanità pubblica veterinaria” è stato calcolato l’indicatore “Costo pro-capite del servizio di

sanità pubblica veterinaria” ovvero il costo del servizio di sanità pubblica veterinaria è stato rapportato alla popolazione residente italiana;

- L'indicatore sul numero medio di ricette prescritte dai medici di base del SSN è in realtà costruito con il numero complessivo di ricette prescritte dal S.S.N. a prescindere dalla tipologia del medico prescrittore;
- nell'indicatore "Utenti SERT trattati nell'anno sulla popolazione di età 14-44 anni" il numero di pazienti trattati nei servizi è calcolato nel complesso a prescindere dall'età;
- negli indicatori sulle prestazioni specialistiche, a causa della scarsa qualità dei dati rilevati dal SIS, la ricostruzione non permette l'applicazione della popolazione pesata;

Salvo quando è diversamente riportato nelle note in calce alle tavole, le giornate di assistenza per i disabili fisici, per i disabili psichici e per gli anziani, sono quelle erogate dalle strutture nei confronti della popolazione residente e non residente.

I costi dei vari micro livelli di assistenza sono quelli sostenuti sul territorio regionale indipendentemente dalla residenza dei fruitori delle prestazioni (ossia contengono la mobilità attiva e non la passiva).

I tassi standardizzati di ospedalizzazione derivano dall'elaborazione con metodo diretto dei ricoveri per fascia di età (fasce quinquennali ad eccezione della prima e dell'ultima) e applicazione della popolazione italiana al censimento come standard. Sono calcolati distintamente per il regime ordinario ed il day hospital. Gli indicatori che fanno riferimento al livello di assistenza ospedaliera considerano tutti gli istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, salvo quando è diversamente indicato nelle schede indicatore.

In generale, per alcuni indicatori, l'esiguità di casi nelle regioni di piccole dimensioni, quali la Valle d'Aosta, le Province Autonome di Bolzano e di Trento e il Molise richiede cautela nella lettura dei dati.

Solo i seguenti due indicatori previsti dal D.M. 12/12/2001 non sono presenti nell'elaborato a causa della loro scarsa significatività: Percentuale di Aziende ASL dotate di centrale operativa 118 e tasso di mortalità materna.

La copertura e la qualità delle rilevazioni dei dati di base sono riportate nelle tavole degli indicatori. Per il significato, le note esplicative e le codifiche nosologiche, quando non riportate nelle tavole, si può far riferimento alle schede "indicatore" del Decreto ministeriale 12 dicembre 2001.

INDICE DELLE TAVOLE INDICATORI

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- AC_01 Copertura vaccinale nei bambini in età inferiore ai 24 mesi
- AC_02 Percentuale di Aziende USL dotate di dipartimento di prevenzione
- AC_03 Costo pro capite del servizio di igiene e sanità pubblica
- AC_04 Costo pro capite del servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione
- AC_05 Costo del servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro sulla popolazione attiva
- AC_06 Costo pro-capite del servizio di sanità pubblica veterinaria
- AC_07 Costo percentuale del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- AC_08 Costo pro capite del livello di assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro

Assistenza distrettuale

- AD_09 Disponibilità dei medici di medicina generale (MMG)
- AD_10 Disponibilità dei pediatri di libera scelta (PLS)
- AD_11 Costo pro capite per la medicina generale
- AD_12 Numero medio di ricette farmaceutiche prescritte dai MMG e dai PLS
- AD_13 Numero di ricette farmaceutiche pro capite
- AD_14 Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica nell'ambito dell'assistenza distrettuale
- AD_15 Costo pro capite per l'assistenza farmaceutica
- AD_16 Percentuale di ASL dotate di centro unificato di prenotazione (CUP)
- AD_17 Percentuale di strutture che hanno verificato e/o aggiornato la carta dei servizi
- AD_20 Utenti SERT trattati nell'anno ogni 1.000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni
- AD_21 Giornate di assistenza ai tossicodipendenti nelle comunità terapeutiche ogni 1.000 abitanti di età compresa tra i 14 e i 44 anni
- AD_22 Costo pro capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale rivolta al recupero della tossicodipendenza e alcol dipendenza
- AD_23 Giornate per l'assistenza riabilitativa, semiresidenziale e residenziale, ogni 1.000 abitanti
- AD_24 Costo pro capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, ai disabili
- AD_25 Prestazioni di assistenza specialistica sulla popolazione residente
- AD_26 Costo percentuale dell'assistenza specialistica nell'ambito dell'assistenza distrettuale
- AD_27 Costo pro capite dell'assistenza specialistica
- AD_28 Percentuale di donne sottoposte a screening per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato femminile
- AD_29 Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza psichiatrica ogni 1.000 abitanti
- AD_30 Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- AD_31 Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani ogni 1.000 abitanti

- AD_32 Costo pro capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, agli anziani
- AD_33 Costo percentuale del livello di assistenza distrettuale
- AD_34 Percentuale dei ricoveri di tipo TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)
- AD_35 Ricoveri prevenibili (ogni 100.000 abitanti) per Diabete, Asma e Scompenso Cardiaco

Assistenza ospedaliera

- AO_36 Tasso standardizzato di ospedalizzazione standardizzato e grezzo – Degenza ordinaria e Day hospital
- AO_37 Indice di attrazione
- AO_38 Indice di fuga
- AO_39 Posti letto per 1.000 abitanti (acuti, riabilitazione e lungodegenza) per degenza ordinaria e day hospital
- AO_40 Giornate di degenza sulla popolazione residente pesata
- AO_41 Costo percentuale del livello di assistenza ospedaliera
- AO_42 Costo pro capite dell'assistenza ospedaliera
- AO_43 Incidenza % del costo del personale ospedaliero sul costo totale del personale
- AO_44 Incidenza % del costo del personale ospedaliero sul costo dell'assistenza ospedaliera
- AO_45 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
- AO_46 Percentuale di parti cesarei
- AO_47 Peso medio del ricovero degli anziani
- AO_48 Peso medio del ricovero dei bambini
- AO_49 Tasso di utilizzo
- AO_50 Degenza media standardizzata per case-mix – Degenza ordinaria
- AO_51 Percentuale di ricoveri brevi
- AO_52 Percentuale di ricoveri lunghi
- AO_53 Tasso di ospedalizzazione per particolari interventi chirurgici (Cataratta, Sostituzione dell'anca e By-pass coronarico)

Risultato

- IR_54 Quoziente di mortalità infantile
- IR_56 Tasso di mortalità evitabile per Tumori maligni del polmone; Cirrosi epatica; Omicidi; Tumore mammella; Tumore del collo utero; Malattie cerebrovascolari; Polmoniti e bronchiti
- IR_57 Tasso di mortalità intraospedaliera per infarto del miocardio acuto (IMA)
- IR_58 Percentuale di neonati sottopeso
- IR_59 Tasso di incidenza TBC polmonare e di epatite B
- IR_60 Speranza di vita alla nascita e a 65 anni
- IR_61 Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni
- IR_62 Liste di attesa per specialistica e diagnostica (TAC del capo, Ecografia addominale superiore e Visita oculistica)

Contesto – Stato di salute e fattori ambientali legati alle condizioni di vita e lavoro

- CO_01 Tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause
- CO_02 Tasso standardizzato di mortalità per cause cardio e cerebrovascolari
- CO_03 Tasso standardizzato di mortalità per tumori
- CO_04 Tasso standardizzato di mortalità per incidenti stradali
- CO_05 Tasso di incidenza malattie infettive
- CO_06 Tasso di prevalenza di alcune malattie croniche (Diabete, Malattie allergiche, Artrosi e Artrite)
- CO_07 Indice di invecchiamento demografico
- CO_08 Tasso di fecondità totale
- CO_09 Tasso di incremento demografico
- CO_10 Percentuale di famiglie monocomponente anziano di età ≥ 65 anni
- CO_11 Tasso di abortività per IVG
- CO_12 Tasso di disoccupazione
- CO_13 Tasso di attività femminile
- CO_14 Prodotto interno pro capite (PIL)
- CO_15 Incidenza percentuale della spesa dovuta a servizi sanitari e alla salute
- CO_16 Percentuale di fumatori di età ≥ 15 anni
- CO_17 Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al fumo
- CO_18 Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al consumo di alcool
- CO_19 Percentuale di popolazione obesa
- CO_20 Tasso di ospedalizzazione per incidenti stradali
- CO_21 Tasso di ospedalizzazione per incidenti domestici
- CO_22 Tasso di ospedalizzazione per infortuni sul lavoro
- CO_23 Densità della popolazione
- CO_24 Prodotti fitosanitari per uso agricolo
- CO_25 Percentuale di costa non balenabile
- CO_26 Percentuale di strutture dotate di protocolli di dimissione protetta
- CO_27 Percentuale di unità operative di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi
- CO_28 Percentuale di segnalazioni/reclami relative ai tempi di attesa

COPERTURE VACCINALI NEI BAMBINI IN ETA' INFERIORE AI 24 MESI

SIGNIFICATO

Le coperture vaccinali sono indicatori molto utilizzati in Sanità pubblica perché forniscono informazioni di buona qualità per la programmazione sanitaria, anche per la diretta relazione con gli esiti degli interventi di vaccinazione, ovvero la prevenzione, e quindi la diminuzione dell'incidenza, di alcune malattie infettive. Costituiscono, in sintesi, i principali indicatori di efficacia ed efficienza dei programmi di immunizzazione intrapresi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nell'ambito dell'obiettivo "Salute per Tutti entro l'anno 2000", ha adottato il Programma esteso di vaccinazione (EPI), stabilendo obiettivi per il controllo, l'eliminazione e l'eradicazione di alcune malattie prevenibili con vaccino. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha recepito gli obiettivi operativi dell'OMS, estendendo la copertura vaccinale anche alla popolazione immigrata, non sempre facilmente raggiungibile con gli interventi mirati di prevenzione sanitaria. L'indicatore stima la copertura vaccinale, in termini di proporzione di soggetti vaccinati sul totale dei candidati alla vaccinazione, nella fascia di età infantile con età inferiore ai 2 anni ed è stato calcolato per cicli completi (3 dosi) di immunizzazione primaria obbligatoria (per difterite, tetano, poliomielite, epatite B) e raccomandata (antipertosse).

Note: DT-DTP3: vaccinazione antidifterico-tetanica o antidifterico-tetanico-pertosica; POL3: vaccinazione antipoliomielitica; EP3: vaccinazione antiepatite B (il numero 3 indica le dosi vaccinali)

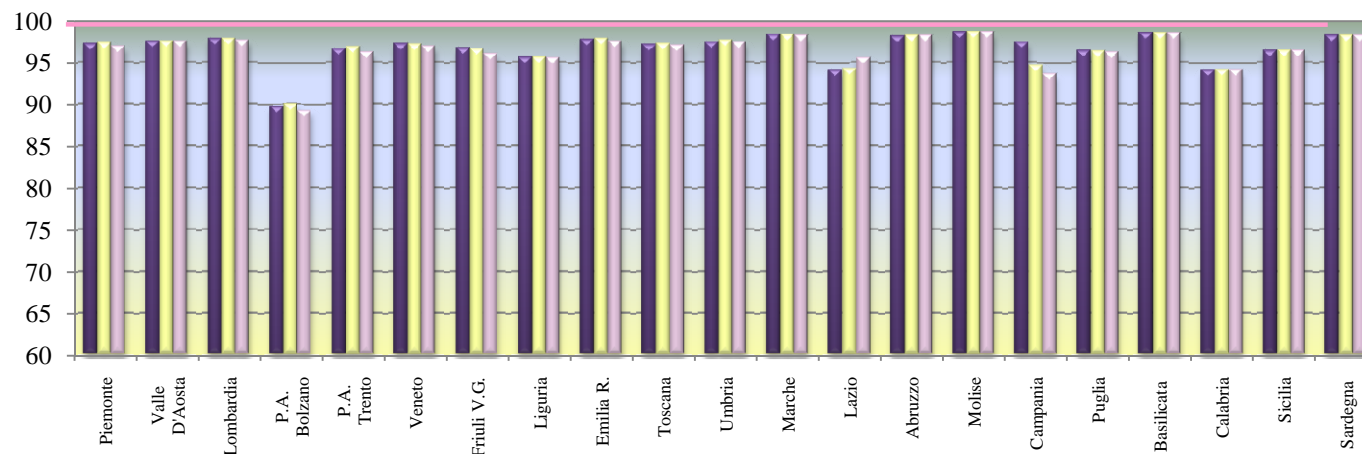
DESCRIZIONE RISULTATI

Le coperture vaccinali totali per le vaccinazioni obbligatorie, almeno pari al 95%, soddisfano gli obiettivi di prevenzione fissati dall'OMS e dal Piano Nazionale Vaccini. In media, negli anni 2005-2006, sono stati vaccinati più di 95 bambini su 100 contro epatite B, poliomielite e difterite-tetano-pertosse. Ancora nel 2006 si rilevano tuttavia livelli insufficienti di coperture vaccinali nella Provincia di Bolzano con un minimo di copertura pari a 89,1% per epatite B, 89,6% per difterite-tetano-pertosse e 89,9% per poliomielite mentre, nonostante il miglioramento rispetto al 2005, lievemente insufficiente è la copertura vaccinale in Calabria (per i tre vaccini), nel Lazio (per poliomielite e difterite-tetano-pertosse) ed in Campania (per epatite B e poliomielite). All'osservazione del trend 2000-2006 si nota un lento miglioramento della copertura vaccinale negli anni per la vaccinazione anti-epatite B e anti-difterite, tetano, pertosse mentre è stabile la copertura vaccinale per la poliomielite.

	ANNO 2005			ANNO 2006		
	percentuale di copertura vaccinale			percentuale di copertura vaccinale		
	DT e DTP3	POL3	EP3	DT e DTP3	POL3	EP3
Piemonte	96,6	97	96,8	97,1	97,2	96,8
Valle D'Aosta	99,4	99,5	99,3	97,4	97,4	97,4
Lombardia	98,2	98,3	98,1	97,7	97,7	97,5
P.A. Bolzano	88,1	89,1	88,4	89,6	89,9	89,1
P.A. Trento	96,8	96,7	96	96,5	96,7	96,1
Veneto	97,2	97,2	97	97,1	97	96,8
Friuli V.G.	97,2	97,1	96,5	96,6	96,5	95,9
Liguria	96,5	96,5	96,4	95,5	95,5	95,4
Emilia R.	97,7	97,7	97,4	97,6	97,7	97,4
Toscana	95,9	95,2	95,8	97	97,1	96,9
Umbria	97,8	97,9	97,8	97,3	97,5	97,3
Marche	98,1	98,1	97,9	98,2	98,2	98,1
Lazio	90,8	91,1	91,6	94	94,1	95,4
Abruzzo	98,2	98,1	98,1	98	98,1	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	98,5	98,5	98,5
Campania	97,3	94,5	93,5	97,3	94,5	93,5
Puglia	98,6	99	99,1	96,3	96,2	96,1
Basilicata	98,9	98,9	98,9	98,4	98,4	98,4
Calabria	81,6	94,6	84,6	94	94	94
Sicilia	97,8	92,9	92,5	96,3	96,3	96,3
Sardegna	98,4	98,4	98,5	98,1	98,1	98,1
ITALIA	96,2	96,5	95,7	96,6	96,5	96,3
Parametro di riferimento	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0

COPERTURE VACCINALI NEI BAMBINI DI ETA' INFERIORE AI 24 MESI

Anno 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

COPERTURE VACCINALI NEI BAMBINI IN ETÀ INFERIORE AI 24 MESI

OSSERVAZIONI

Sotto forma di Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome è stato approvato nel 1999 il primo Piano Nazionale Vaccini 1999-2000, che ha contribuito ad accrescere consapevolezza sul valore delle vaccinazioni, come insostituibile strumento di medicina preventiva. Un aggiornamento del Piano Nazionale Vaccini, per gli anni 2005-2007, è stato elaborato dalla Commissione istituita presso il Ministero della salute, con i principali obiettivi di mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali 1998-2000 e 2003-2005, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e di promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali. In generale, è importante ricordare che il raggiungimento e il mantenimento del tasso critico di copertura vaccinale, molto elevato, è fondamentale per la protezione collettiva, dato il meccanismo della "herd immunity" o "immunità di branco": infatti, la vaccinazione oltre a proteggere le persone immunizzate, diminuisce anche il numero di suscettibili alla malattia, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione dell'infezione e rallentando così la circolazione degli agenti patogeni; quindi i programmi di vaccinazione hanno complessivamente una efficacia nettamente superiore alla efficacia protettiva della vaccinazione nel singolo. Pertanto, per i servizi di sanità pubblica, appare di cruciale importanza accanto all'informazione e all'educazione sanitaria della popolazione, affinché la vaccinazione venga percepita come un diritto

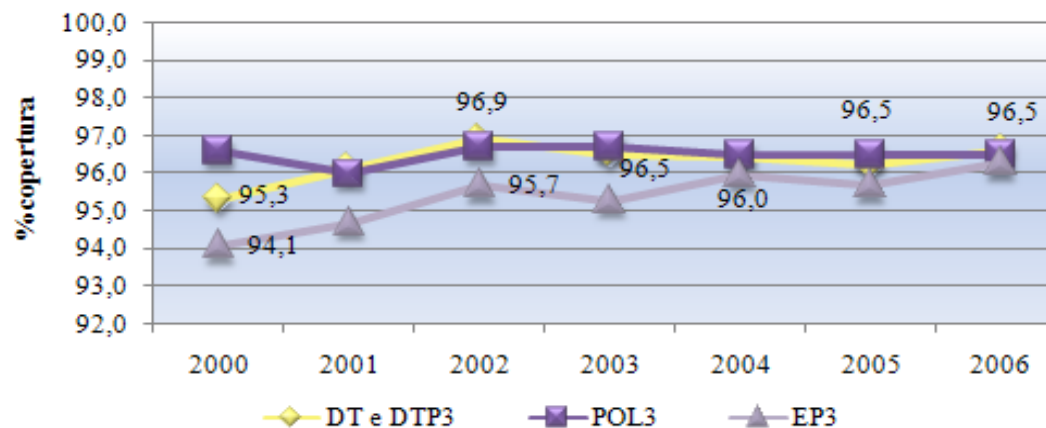
fondamentale di ogni bambino, il costante monitoraggio delle coperture vaccinali, in modo tale da poter adottare le misure correttive più opportune qualora si verificano ricadute significative sull'herd immunity. In particolare per la difterite è importante mantenere coperture vaccinali elevate nei nuovi nati data la presenza di una quota di soggetti suscettibili nell'età adulta, mentre per il tetano l'elevata copertura, che va certamente mantenuta nel tempo, non consente di ottenere un effetto di protezione indiretta di popolazione.

La vaccinazione contro la pertosse, fortemente raccomandata in età infantile, non fornisce immunità permanente, quindi l'obiettivo principale è il controllo della malattia al fine di prevenirne le complicanze.

La poliomielite, come noto, presenta caratteristiche che ne favoriscono l'eradicazione; è

già stata eliminata in vaste aree geografiche e, nel 2002, è stata ufficialmente dichiarata l'eradicazione dalla Regione Europea, ma è ancora necessario mantenere elevati i livelli di copertura vaccinale soprattutto per evitare l'importazione e la diffusione di nuovi casi. Per quanto riguarda la vaccinazione antiepatite B, l'immunizzazione obbligatoria degli adolescenti, ai fini della saldatura immunitaria delle coorti di età da 0 a 24 anni, è terminata nel 2003, come previsto dalla legge n.165/91. Il livello di copertura deve essere comunque attentamente monitorato nel tempo, in particolare nella popolazione adolescente.

Coperture vaccinali nei bambini in età inferiore ai 24 mesi



PERCENTUALE DI AZIENDE USL DOTATE DI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SIGNIFICATO

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura operativa che tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) devono istituire per assicurare nel territorio di propria competenza interventi omogenei e coordinati orientati alla tutela della salute collettiva, attraverso la conoscenza e la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza, la definizione degli obiettivi e la programmazione delle azioni, nonché la verifica dei risultati in termini di efficacia ed efficienza. Gli obiettivi principali che devono essere perseguiti, come previsto dal decreto legislativo n.229/99, sono la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e della disabilità e il miglioramento della qualità della vita. Essendo una struttura che deve essere presente in ogni ASL il valore di riferimento è il 100%.

DESCRIZIONE RISULTATI

L'osservazione del trend mostra un progressivo adeguamento degli assetti organizzativi delle ASL alle norme vigenti, con un valore dell'indicatore che è incrementato dall'83% rilevato nel 1999 al 94% emerso nel 2006.

Tale adeguamento è più evidente in Veneto, Toscana, Lazio e Abruzzo che negli anni 2004-2006 hanno completato il processo di istituzione del Dipartimento di Prevenzione in tutte le ASL. In Sardegna e Liguria l'adeguamento procede più lentamente mentre nella Provincia di Bolzano, in Umbria e Sicilia non si riscontrano progressi rispetto al periodo 2005-2006.

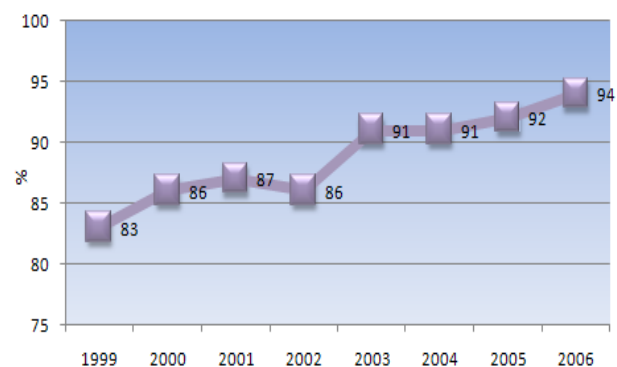
In generale il livello di copertura totale è stato raggiunto in 14 regioni italiane, mentre valori inferiori o uguali al 75% si rilevano in Umbria e nella Provincia di Bolzano.

OSSERVAZIONI

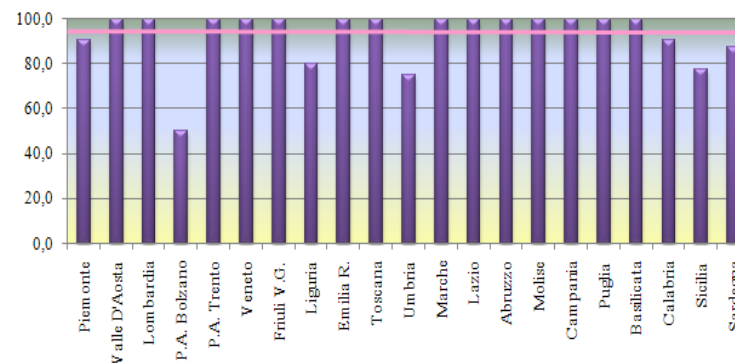
Già la legge istitutiva del SSN, n.833/78, prevedeva un'organizzazione ed un controllo territoriali, a livello di ASL, delle funzioni in materia di igiene pubblica e di tutela ambientale, delle funzioni di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di polizia veterinaria. I decreti legislativi n.502/92 e n.229/99, hanno poi ridefinito ed articolato le suddette funzioni assegnandole ad una struttura tecnico-funzionale della ASL, il Dipartimento di Prevenzione, garante della tutela della salute collettiva, attraverso la promozione di azioni volte a rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, animale ed umana, collaborando con i distretti sociosanitari di base, le strutture dipartimentali aziendali, Enti ed Istituzioni quali l'ARPA, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, gli Ispettorati del lavoro e l'INAIL. Vista la crescente attenzione del legislatore ai temi della prevenzione, espressa anche nei PSN, nonché in termini di risorse assegnate, è importante il completamento del processo di istituzione dei Dip. di Prevenzione presso le ASL e la verifica della rispondenza ai requisiti normativi relativi all'articolazione degli stessi in strutture organizzative specificamente dedicate.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dipartimenti prevenzione	ASL
Piemonte	86,4	90,9	90,9	20	22
Valle D'Aosta	100,0	100,0	100,0	1	1
Lombardia	100,0	100,0	100,0	15	15
P.A. Bolzano	50,0	50,0	50,0	2	4
P.A. Trento	100,0	100,0	100,0	1	1
Veneto	95,2	95,2	100,0	21	21
Friuli V.G.	100,0	100,0	100,0	6	6
Liguria	80,0	60,0	80,0	4	5
Emilia R.	100,0	100,0	100,0	11	11
Toscana	91,7	100,0	100,0	12	12
Umbria	75,0	75,0	75,0	3	4
Marche	92,3	100,0	100,0	1	1
Lazio	91,7	83,3	100,0	12	12
Abruzzo	83,3	83,3	100,0	6	6
Molise	100,0	100,0	100,0	1	1
Campania	100,0	100,0	100,0	13	13
Puglia	100,0	100,0	100,0	12	12
Basilicata	100,0	100,0	100,0	5	5
Calabria	90,9	90,9	90,9	10	11
Sicilia	66,7	77,8	77,8	7	9
Sardegna	75,0	75,0	87,5	7	8
ITALIA	90,8	91,8	94,4	170	180
Parametro di riferimento	100,0	100,0	100,0		

PERCENTUALE DI AZIENDE USL DOTATE DI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



PERCENTUALE DI AZIENDE USL DOTATE DI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Anno 2006



COSTO PRO CAPITE DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA*

SIGNIFICATO

Il costo pro-capite del servizio di igiene e sanità pubblica è rappresentato dal rapporto tra il costo del servizio di igiene e sanità pubblica e la popolazione residente.

Il costo del servizio di igiene e sanità pubblica rappresenta quasi il 50% del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, e comprende le attività di: Profilassi delle malattie infettive e diffusive, Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale, Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita e lavoro.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel corso del triennio 2004-2006 il valore del costo pro-capite del servizio di igiene e sanità pubblica risulta tendenzialmente in crescita: da € 27,23 del 2004 si passa a € 31,62 del 2006; dal 2001 il trend è sostanzialmente in crescita a parte il calo del 2004. L'analisi regionale dell'indicatore per l'anno 2006 mostra una discreta variabilità a livello territoriale: i valori oscillano da un minimo di € 20 registrato in Umbria ad un massimo di € 45 registrato in Basilicata. Nel biennio 2005-2006 si evidenzia la diminuzione del costo pro-capite in Valle D'Aosta, nella P.A. di Bolzano, in Emilia Romagna, in Abruzzo, in Campania ed in Basilicata a fronte della crescita delle altre regioni. Le regioni con livelli del costo pro-capite superiori alla media nazionale sono: la Valle d'Aosta (€ 38,5), la Lombardia (€ 34,3), la P.A. di Trento (€ 37,6), il Veneto (€ 37,7), l'Emilia Romagna (€ 33,8), l'Abruzzo (€ 33), la Puglia (€ 36,8), la Basilicata (€ 45) e la Sardegna (€ 43,8). Per Liguria, Toscana, Molise e Sicilia non si posseggono dati di costo del servizio di igiene e sanità pubblica relativamente al 2006.

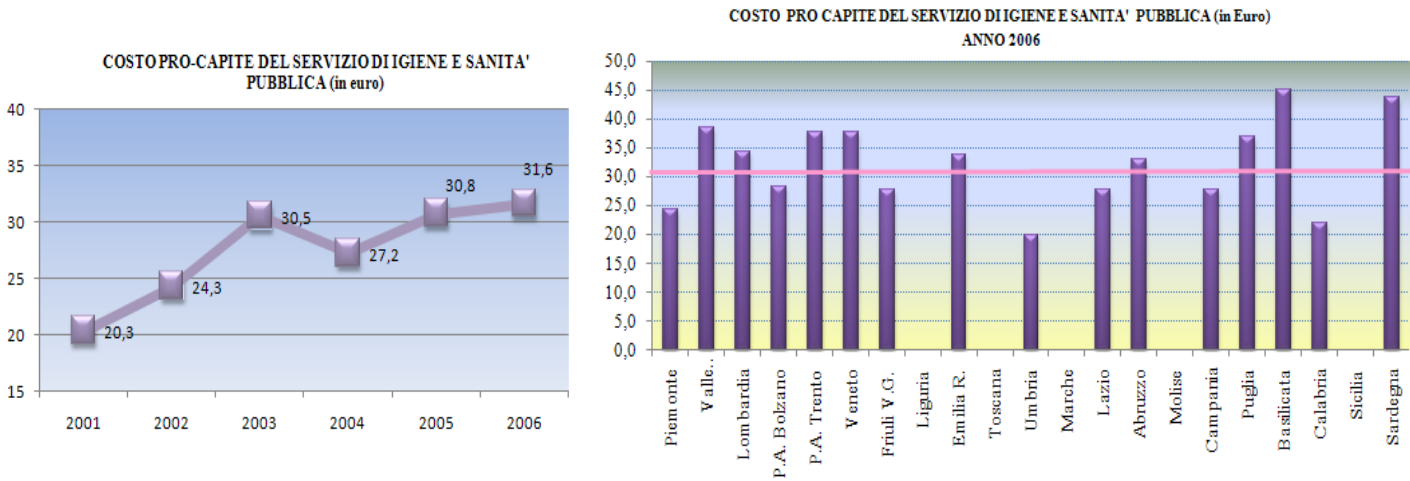
Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

Gli indicatori di costo relativi alle voci appartenenti al primo livello di assistenza rappresentano le poche misure utilizzabili per monitorare l'erogazione delle attività di prevenzione. Purtroppo i problemi di classificazione delle voci di costo rendono difficilmente comparabili i dati delle varie regioni ed impossibili le conseguenti valutazioni.

(*) Il costo "servizio di igiene e sanità pubblica" ricomprende le voci di costo "igiene e sanità pubblica" e "attività di prevenzione rivolte alla persona"

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
				Costo serv. igiene e sanità pubblica*	Pop. Resid.
	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	(in migliaia di Euro)	
Piemonte	21,9	23,4	24,2	105.093	4.341.733
Valle D'Aosta	36,0	39,2	38,5	4.767	123.978
Lombardia	28,9	33,6	34,3	324.761	9.475.202
P.A. Bolzano	42,4	45,3	28,2	13.603	482.650
P.A. Trento	33,1	36,8	37,6	18.886	502.478
Veneto	31,3	35,3	37,7	178.781	4.738.313
Friuli V.G.	29,1	25,0	27,8	33.596	1.208.278
Liguria	20,1	20,0	-	-	-
Emilia R.	33,4	35,5	33,8	141.391	4.187.557
Toscana	27,5	28,4	0,0	-	-
Umbria	18,0	19,1	20,0	17.331	867.878
Marche	23,1	23,3	-	40.891	1.528.809
Lazio	-	-	27,8	147.377	5.304.778
Abruzzo	31,7	36,2	33,0	43.114	1.305.307
Molise	54,3	57,9	-	-	-
Campania	26,3	28,4	27,8	160.868	5.790.929
Puglia	25,6	35,2	36,8	149.819	4.071.518
Basilicata	51,3	53,5	45,0	26.749	594.086
Calabria	22,6	22,1	22,0	44.153	2.004.415
Sicilia	21,2	25,3	-	-	-
Sardegna	25,7	41,5	43,8	72.483	1.655.677
ITALIA	27,2	30,8	31,6	1.523.663	48.183.586
Parametro di riferimento	27,2	30,8	31,6		



Ministero della salute

COSTO PRO CAPITE DEL SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

SIGNIFICATO

L'indicatore è espresso dal rapporto tra il costo del servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione e la popolazione residente.

Al numeratore il costo, che rappresenta circa il 9% del primo livello di assistenza (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro), comprende le attività sanitarie e sociosanitarie di:

- Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali;
- Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande;
- Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro;
- Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia;
- Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande;
- Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare;
- Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande;
- Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi.

DESCRIZIONE RISULTATI

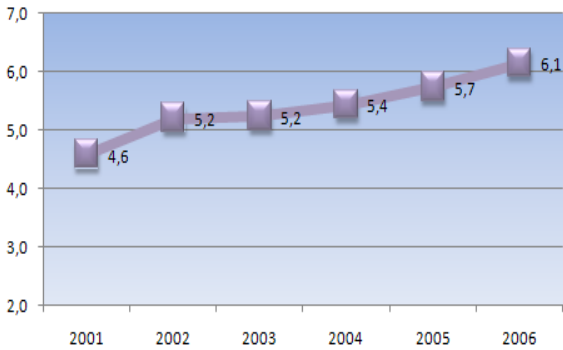
Nel corso del periodo 2001-2006 il valore del costo pro-capite del servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione risulta in progressiva crescita: da € 4,58 del 2001 si passa a € 6,14 del 2006. Nell'analisi della distribuzione regionale, nell'anno 2006, valori pari o superiori alla media si registrano in Piemonte (€ 6,16), in Valle d'Aosta (€ 14,67), nella Provincia Autonoma di Bolzano (€ 10,91), in Umbria (€ 10,46), nel Lazio (€ 7,83), in Campania (€ 8,13), ed infine in Sardegna (€ 16,34). I valori più bassi si riscontrano in Veneto (€ 3,55), in Friuli Venezia Giulia (€ 3,89) e Puglia (€ 4,28). Dall'analisi sono escluse Liguria, Toscana, Molise e Sicilia di cui non è stato possibile calcolare l'indicatore.

OSSERVAZIONI

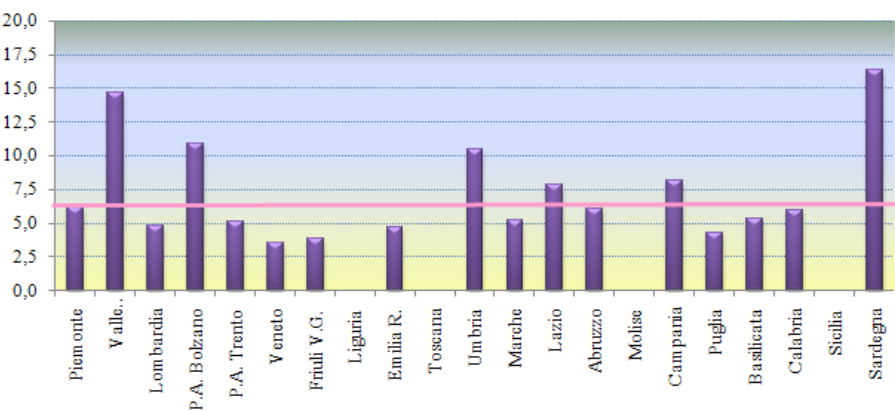
Gli indicatori di costo relativi alle voci appartenenti al primo livello di assistenza rappresentano le poche misure utilizzabili per monitorare l'erogazione delle attività di prevenzione. Purtroppo i problemi di classificazione delle voci di costo rendono difficilmente comparabili i dati delle varie regioni ed impossibili le conseguenti valutazioni.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	Costo serv. igiene alimenti e nutrizione (in migliaia di Euro)	Pop. Resid.
Piemonte	7,4	7,6	6,2	26.733	4.341.733
Valle D'Aosta	13,1	13,8	14,7	1.819	123.978
Lombardia	3,7	4,8	4,8	45.420	9.475.202
P.A. Bolzano	7,0	10,1	10,9	5.266	482.650
P.A. Trento	4,9	5,1	5,1	2.587	502.478
Veneto	3,4	3,6	3,5	16.803	4.738.313
Friuli V.G.	3,5	3,7	3,9	4.705	1.208.278
Liguria	6,6	5,5	-	-	-
Emilia R.	5,0	4,7	4,7	19.747	4.187.557
Toscana	6,6	6,8	-	-	-
Umbria	9,7	9,9	10,5	9.078	867.878
Marche	6,1	5,9	5,2	7.895	1.528.809
Lazio	-	-	7,8	41.519	5.304.778
Abruzzo	6,2	7,0	6,0	7.894	1.305.307
Molise	5,4	6,3	-	-	-
Campania	7,8	7,9	8,1	47.091	5.790.929
Puglia	3,7	3,4	4,3	17.422	4.071.518
Basilicata	3,8	5,5	5,3	3.159	594.086
Calabria	6,7	5,5	5,9	11.825	2.004.415
Sicilia	3,0	3,0	-	-	-
Sardegna	12,9	15,3	16,3	27.059	1.655.677
ITALIA	5,4	5,7	6,1	296.022	48.183.586
Parametro di riferimento	5,4	5,7	6,1		

COSTO PRO-CAPITE DEL SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE



COSTO PRO CAPITE DEL SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (in Euro) ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

COSTO DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO SULLA POPOLAZIONE ATTIVA

SIGNIFICATO

L'indicatore è espressione del rapporto tra il costo del servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro e la popolazione in età attiva (14-65 anni). Il costo rappresenta circa il 17% del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro.

OSSERVAZIONI

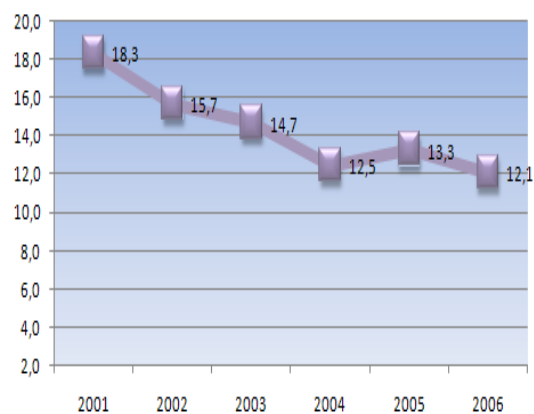
Gli indicatori di costo relativi alle voci appartenenti al primo livello di assistenza rappresentano le poche misure utilizzabili per monitorare l'erogazione delle attività di prevenzione. Purtroppo i problemi di classificazione delle voci di costo rendono difficilmente comparabili i dati delle varie regioni ed impossibili le conseguenti valutazioni.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel corso del periodo 2001-2006 il valore nazionale del costo del servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro fa registrare una costante diminuzione: si passa dai 18,31€ del 2001 ai 12,08€ del 2006 passando dai 13,28€ del 2005, unico valore in controtendenza. Rispetto al triennio 2004-2006 la diminuzione riguarda prevalentemente la regione Piemonte, la P.A. di Trento, l'Emilia Romagna e la Sardegna mentre in crescendo sono i valori di Valle D'Aosta, Lombardia, Friuli V.G., Umbria, Marche e Calabria.

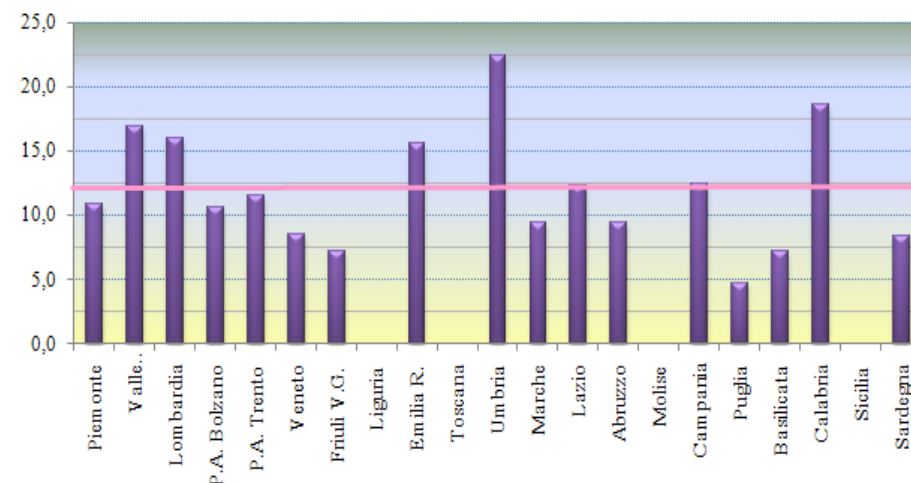
Per la distribuzione regionale dell'anno 2006 si conferma una notevole variabilità: le regioni con livelli del costo più alti sono l'Umbria (€ 22,35), la Calabria (€ 18,53), la Valle D'Aosta (€ 16,88), la Lombardia (€ 15,95) e L' Emilia Romagna (€ 15,60) mentre i valori più bassi si registrano in Puglia (€ 4,63), in Friuli Venezia Giulia (€ 7,14) ed in Basilicata (€ 7,24). Anche per questo indicatore non sono disponibili i dati di Liguria, Toscana, Molise e Sicilia.

COSTO DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO SULLA POPOLAZIONE ATTIVA



	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	Costo serv. prev. amb. vita e lavoro (in migliaia di Euro)	Pop. Resid. età (tra 14 e 65 anni)
Piemonte	13,1	12,3	10,9	31.784	2.923.336
Valle D'Aosta	13,8	16,2	16,9	1.437	85.137
Lombardia	12,4	13,8	15,9	104.395	6.546.118
P.A. Bolzano	10,3	16,0	10,6	3.524	331.181
P.A. Trento	14,4	13,8	11,5	3.940	341.987
Veneto	7,7	8,8	8,5	27.820	3.270.919
Friuli V.G.	6,2	6,6	7,1	5.835	817.349
Liguria	30,4	30,1	-	-	-
Emilia R.	16,3	16,8	15,6	43.689	2.800.695
Toscana	33,0	33,8	-	-	-
Umbria	20,5	21,2	22,4	12.878	576.087
Marche	9,1	8,9	9,4	9.572	1.016.484
Lazio	-	-	12,3	45.052	3.670.655
Abruzzo	9,2	10,3	9,3	8.235	881.076
Molise	4,4	6,2	-	-	-
Campania	11,4	12,9	12,4	49.895	4.021.815
Puglia	5,3	4,2	4,6	13.040	2.819.258
Basilicata	7,1	7,6	7,2	2.918	403.191
Calabria	14,2	18,8	18,5	25.513	1.376.982
Sicilia	3,8	4,2	-	-	-
Sardegna	10,1	11,9	8,4	9.963	1.187.603
ITALIA	12,5	13,3	12,1	399.490	33.069.873
Parametro di riferimento	12,5	13,3	12,1		

COSTO DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO SULLA POPOLAZIONE ATTIVA (in Euro) ANNO 2006



COSTO PRO-CAPITE DEL SERVIZIO DI SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

SIGNIFICATO

I costi sostenuti per le attività di sanità pubblica veterinaria rappresentano una voce importante nel livello di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Infatti costituiscono quasi un terzo dei costi sostenuti per il primo livello di assistenza. L'indicatore calcolato con riferimento alla popolazione residente comprende:

- il controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive;
- la vigilanza e lotta al randagismo per il controllo della popolazione canina;

- la vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento;
- la vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi.

In realtà l'indicatore previsto dal Decreto ministeriale 12 dicembre 2001 considera la popolazione bovina equivalente. L'estrema variabilità dei valori regionali relativi alla popolazione animale, anche dovuti a problemi di definizione, hanno di fatto consigliato l'elaborazione dell'indicatore rispetto alla popolazione residente.

DESCRIZIONE RISULTATI

Tenendo in adeguata considerazione tutti i limiti dovuti ad un riferimento, quale la popolazione residente, non idoneo a descrivere il costo sostenuto per la sanità pubblica veterinaria, emerge una notevole variabilità a livello regionale. Mentre il valore nazionale del 2006 si attesta sui 19,81€, la P.A. di Trento (10,33€), la Puglia (11,72€) ed il Friuli Venezia Giulia (11,79€) si fermano ben al di sotto della media nazionale. I valori del costo pro-capite del servizio più alti si registrano in Valle D'Aosta (52,60€) e nettamente a seguire in Sardegna (29,79€) ed in Piemonte (29,35€).

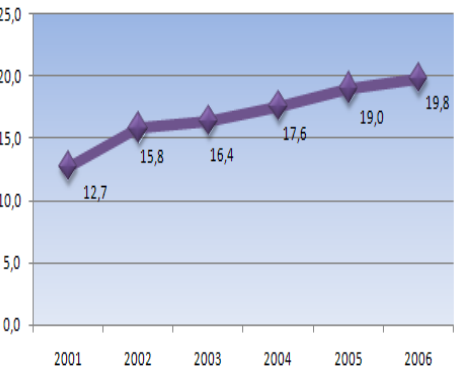
Nel corso del periodo 2001-2006 si osserva a livello nazionale una crescita tendenziale del costo: si passa dai 12,74€ del 2001 ai 19,81€ del 2006.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

Gli indicatori di costo relativi alle voci appartenenti al primo livello di assistenza rappresentano le poche misure utilizzabili per monitorare l'erogazione delle attività di prevenzione. Purtroppo i problemi di classificazione delle voci di costo rendono difficilmente comparabili i dati delle varie regioni ed impossibili le conseguenti valutazioni.

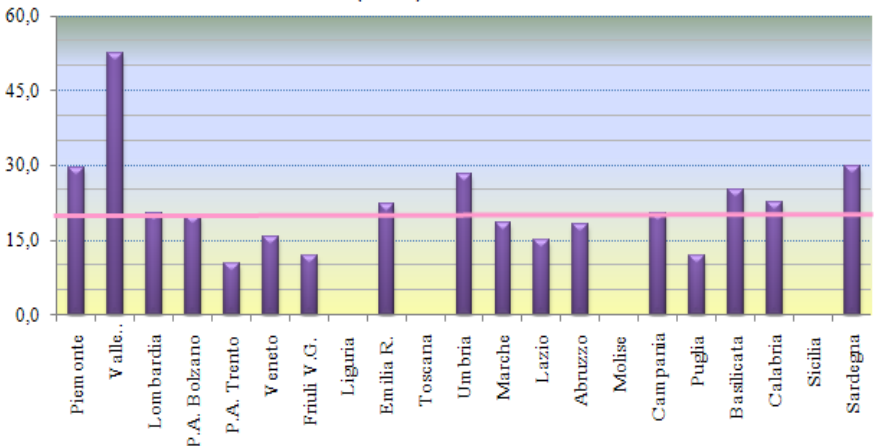
COSTO PRO-CAPITE DEL SERVIZIO DI SANITA' PUBBLICA VETERINARIA



Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo sanità pubblica veterinaria	Pop. Resid.
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in migliaia di Euro)	
Piemonte	28,9	29,7	29,3	127.426	4.341.733
Valle D'Aosta	43,1	50,5	52,6	6.521	123.978
Lombardia	14,9	17,8	20,5	193.988	9.475.202
P.A. Bolzano	23,8	20,2	19,9	9.591	482.650
P.A. Trento	10,7	10,5	10,3	5.190	502.478
Veneto	17,5	16,6	15,7	74.183	4.738.313
Friuli V.G.	9,4	10,6	11,8	14.249	1.208.278
Liguria	9,1	9,4	-	-	-
Emilia R.	20,9	22,3	22,3	93.362	4.187.557
Toscana	14,7	14,8	-	-	-
Umbria	26,0	26,9	28,3	24.588	867.878
Marche	19,9	20,7	18,4	28.090	1.528.809
Lazio	-	-	14,9	78.956	5.304.778
Abruzzo	17,9	19,9	18,2	23.761	1.305.307
Molise	25,4	30,2	-	-	-
Campania	19,5	20,1	20,3	117.312	5.790.929
Puglia	11,9	10,7	11,7	47.732	4.071.518
Basilicata	25,1	28,1	25,2	14.961	594.086
Calabria	19,6	21,6	22,6	45.238	2.004.415
Sicilia	11,2	14,4	-	-	-
Sardegna	26,9	36,7	29,8	49.328	1.655.677
ITALIA	17,6	19,0	19,8	954.476	48.183.586
Parametro di riferimento	17,6	19,0	19,8		

COSTO PRO CAPITE DEL SERVIZIO DI SANITA' PUBBLICA VETERINARIA
(in Euro) - ANNO 2006



COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO E COSTO PRO-CAPITE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

SIGNIFICATO

Il primo dei livelli previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, comprende l'insieme delle attività e delle prestazioni svolte per la promozione della salute della popolazione nel suo complesso. In particolare vi sono comprese le seguenti prestazioni:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria
- Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- Attività di prevenzione rivolte alla persona
 - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
 - programmi di diagnosi precoce
- Servizio medico-legale

DESCRIZIONE RISULTATI

Per quanto concerne il primo indicatore, costo percentuale del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, dall'analisi dei dati si può osservare una discreta variabilità regionale intorno al valore nazionale osservato nel 2006 pari a 4,07%. Tale valore è in leggero calo rispetto al 2005 che ha registrato il livello massimo dell'indicatore (4,28%) in un trend in continua crescita dal 2001, anno in cui l'indicatore era al 3,57%.

I valori più alti si osservano in Sardegna (5,89%), in Valle d'Aosta (5,23%) ed in Umbria (4,63%), mentre i valori più bassi si collocano in Friuli Venezia Giulia (2,98%), Lazio (3,10%) ed nella P.A. di Trento (3,22%). Rispetto al 2005 si nota una minore dispersione dei valori, oltre a quello massimo e minimo, rispetto al parametro di riferimento nazionale. Anche per il secondo indicatore, si può osservare una notevole variabilità regionale intorno al valore

Fonte dei dati e note

DESCRIZIONE RISULTATI

medio nazionale pari a 72,05 euro a persona . I valori più elevati si osservano in alcune regioni, la Valle d'Aosta (€ 122,84), la Sardegna (€ 97,49), Umbria (€ 83,24) e Basilicata (€ 83,03). I valori più bassi si riscontrano in Friuli Venezia Giulia (€ 52,57), in Puglia (€ 58,23) ed nella P.A. di Trento (€ 64,30).

Nel trend del periodo 2001-2006 si osserva un più deciso incremento del costo pro-capite dell'assistenza sanitaria collettiva. Infatti dai circa 48,59 euro nel 2001 si passa ai 72,05 euro nel 2006, coerentemente con l'aumento della relativa spesa sanitaria nazionale e del tasso d'inflazione. In netta controtendenza la P.A. di Bolzano dove il costo pro-capite per l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro passa da 91,49 € nel 2005 a 71,54 € nel 2006. Infine, come per il precedente indicatore, non sono disponibili i valori dell'indicatore per Liguria, Toscana, Molise e Sicilia.

OSSERVAZIONI

Gli indicatori riportati inducono diverse riflessioni sulla quota di risorse dedicate alle attività di prevenzione e igiene. Nonostante l'incremento, in termini assoluti, del costo pro-capite l'incidenza percentuale è ancora sotto la soglia del 5% in quasi tutte le regioni italiane.

Ministero della salute

Costo %

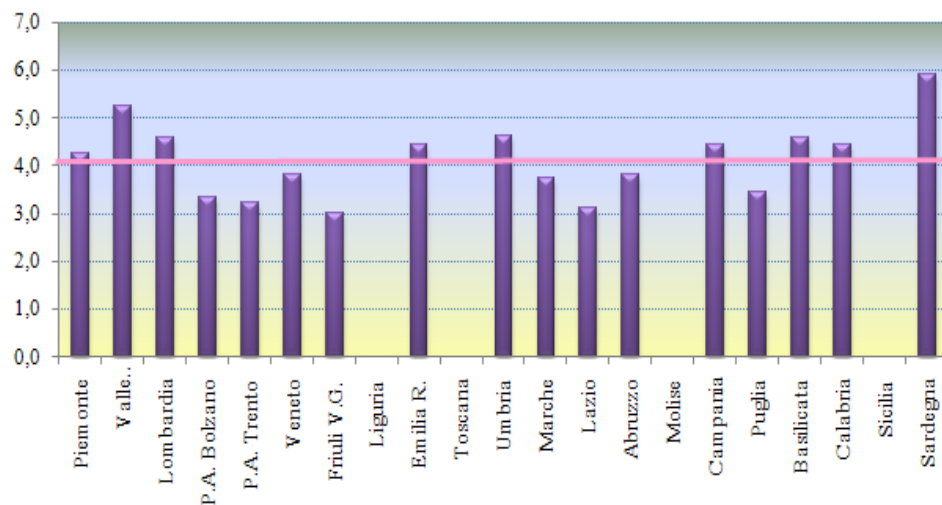
	ANNO 2004			ANNO 2006	
				Costo livello ass. sanit. coll. amb. vita e lavoro	Costo totale livelli assistenza
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	(in migliaia di €)	(in migliaia di €)
Piemonte	4,4	4,6	4,2	333.571	7.876.013
Valle D'Aosta	5,9	6,2	5,2	15.230	290.950
Lombardia	4,2	4,7	4,6	701.251	15.369.395
P.A. Bolzano	4,4	4,5	3,3	34.531	1.034.237
P.A. Trento	3,6	3,7	3,2	32.309	1.004.829
Veneto	3,9	3,9	3,8	311.483	8.194.248
Friuli V.G.	3,1	2,8	3,0	63.524	2.129.712
Liguria	3,2	2,4	-	-	-
Emilia R.	4,6	4,8	4,4	331.058	7.455.161
Toscana	4,7	4,7	-	-	-
Umbria	4,8	4,9	4,6	72.241	1.560.310
Marche	3,8	3,9	3,8	100.303	2.673.698
Lazio	-	-	3,1	354.606	11.440.220
Abruzzo	4,5	4,4	3,8	92.707	2.435.263
Molise	5,3	4,8	-	-	-
Campania	4,4	4,3	4,4	432.993	9.747.662
Puglia	3,3	3,9	3,4	237.098	6.911.684
Basilicata	5,8	5,9	4,6	49.326	1.076.974
Calabria	4,5	4,7	4,4	148.149	3.338.379
Sicilia	2,5	3,0	-	-	-
Sardegna	4,8	6,1	5,9	161.405	2.741.294
ITALIA	4,1	4,3	4,1	3.471.785	85.280.029
Parametro di riferimento	4,1	4,3	4,1		

Costo pro-capite

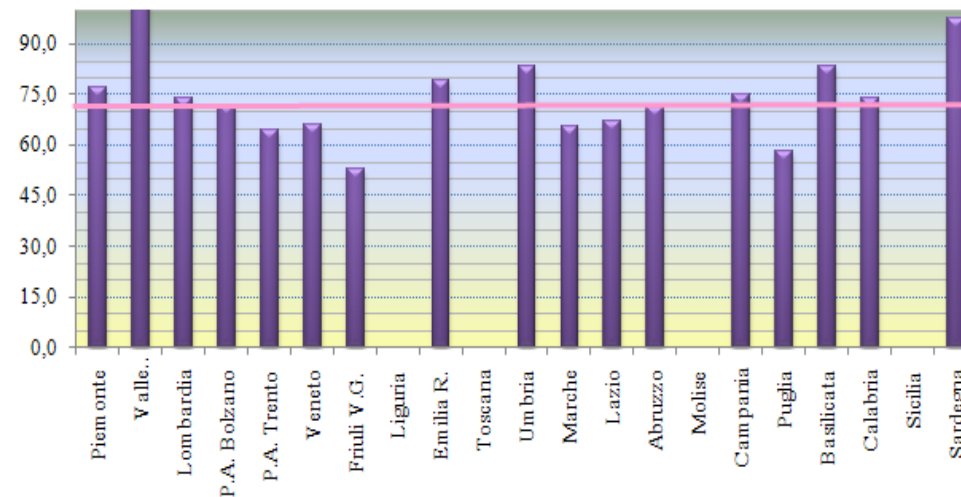
	ANNO 2004			ANNO 2006	
				Costo ass. sanit. Ambiente vita e lavoro	Pop. Resid.
	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	Indicatore (in Euro)	(in migliaia di Euro)	
Piemonte	76,4	78,8	76,8	333.571	4.341.733
Valle D'Aosta	106,6	119,8	122,8	15.230	123.978
Lombardia	59,7	70,5	74,0	701.251	9.475.202
P.A. Bolzano	87,9	91,5	71,5	34.531	482.650
P.A. Trento	61,8	65,5	64,3	32.309	502.478
Veneto	60,1	64,7	65,7	311.483	4.738.313
Friuli V.G.	49,7	47,6	52,6	63.524	1.208.278
Liguria	57,8	44,4	-	-	-
Emilia R.	74,6	80,1	79,1	331.058	4.187.557
Toscana	76,3	77,9	-	-	-
Umbria	75,1	79,4	83,2	72.241	867.878
Marche	60,8	61,5	65,6	100.303	1.528.809
Lazio	-	-	66,8	354.606	5.304.778
Abruzzo	68,3	77,1	71,0	92.707	1.305.307
Molise	89,0	99,4	-	-	-
Campania	70,9	75,5	74,8	432.993	5.790.929
Puglia	47,2	61,9	58,2	237.098	4.071.518
Basilicata	86,9	95,0	83,0	49.326	594.086
Calabria	67,6	72,0	73,9	148.149	2.004.415
Sicilia	39,5	48,2	-	-	-
Sardegna	75,8	103,5	97,5	161.405	1.655.677
ITALIA	63,6	70,2	72,1	3.471.785	48.183.586
Parametro di riferimento	63,6	70,2	72,1		

COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO E COSTO PRO-CAPITE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO

COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO ANNO 2006



COSTO PRO-CAPITE DEL LIVELLO ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO (in Euro) Anno 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (per 1.000 abitanti età ≥ 14 anni) E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (1.000 abitanti età < 7 anni)

SIGNIFICATO

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta svolgono un ruolo primario nell'ambito dell'assistenza distrettuale. Essi garantiscono interventi di assistenza ambulatoriale e domiciliare ai propri assistiti, per la diagnosi e cura delle malattie ed al contempo svolgono attività di prevenzione ed educazione sanitaria.

Normalmente sono i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che valutano l'effettivo bisogno sanitario dell'assistito e quindi coordinano ed integrano i percorsi di accesso agli altri servizi offerti dal Servizio sanitario nazionale.

Gli indicatori in esame, espressi rispettivamente dal rapporto tra il numero di medici di medicina generale ed i residenti con età superiore a 13 anni, e dal rapporto tra il numero dei pediatri di libera scelta ed i residenti con età inferiore a 7 anni, rappresentano degli indicatori di struttura, contribuendo alla valutazione del dimensionamento dell'offerta dei servizi, in relazione al numero potenziale di soggetti assistibili.

DESCRIZIONE RISULTATI

Il trend 2000 - 2006 mostra una sostanziale stabilità dell' indicatore di disponibilità dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta rispetto alla popolazione di riferimento; nei confronti regionali persiste una certa variabilità. Si registra una minore disponibilità di medici di medicina generale nella P.A. di Bolzano, rilevata per tutti gli anni esaminati e ben al di sotto del parametro di riferimento nazionale; in Liguria si rileva un' accentuata inversione di tendenza nel 2006, con diminuzione del valore assunto dall'indicatore (0,71 per 1.000 ab. età ≥ 14 anni nel 2006 rispetto a 1,00 nel 2004). In diminuzione anche i valori di Lombardia; Calabria e Sardegna. Le regioni che presentano valori più elevati dell'indicatore sono Lazio, Molise, Basilicata ed Umbria. Per quanto attiene alla disponibilità dei pediatri di libera scelta, i confronti regionali mostrano una variabilità maggiore di quella rilevata per i medici di medicina generale. Anche in questo caso la P.A. di Bolzano presenta un valore notevolmente inferiore al parametro di riferimento nazionale.

OSSERVAZIONI

Il rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta è regolato da un contratto. Per i medici di medicina generale è attualmente in vigore il D.P.R. 28 luglio 2000, n°270, che fissa per ciascun medico, salvo eccezioni, un massimo di 1.500 pazienti di età non inferiore a 14 anni. Per la Provincia Autonoma di Bolzano il numero massimo di assistiti è stato previsto di 2.000 assistiti per medico.

Parallelamente per i pediatri di libera scelta è vigente il D.P.R. 28 luglio 2000, n°272, che stabilisce per ciascun pediatra il limite massimo di 800 assistiti in età pediatrica compresa tra 0 e 13 anni, fatte salve alcune eccezioni, per cui si può raggiungere il limite massimo di 1.000 assistiti. In particolare per i bambini fino a 6 anni di età è obbligatoria la scelta del pediatra mentre per i restanti in età pediatrica, da 7 a 13 anni è possibile optare per un medico di medicina generale su richiesta motivata.

DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	N. medici generici	Pop. resid. =>14 anni
Piemonte	0,92	0,91	0,91	3.479	3.838.494
Valle D'Aosta	0,94	0,94	0,96	104	108.595
Lombardia	0,86	0,83	0,81	6.717	8.265.948
P.A. Bolzano	0,63	0,62	0,62	250	406.082
P.A. Trento	0,91	0,93	0,92	394	430.341
Veneto	0,88	0,87	0,87	3.570	4.123.020
Friuli V.G.	0,97	0,95	0,96	1.030	1.072.635
Liguria	1,00	0,98	0,71	1.032	1.444.291
Emilia R.	0,91	0,90	0,89	3.302	3.698.676
Toscana	0,97	0,97	0,97	3.101	3.210.100
Umbria	0,99	1,01	0,98	751	767.032
Marche	0,92	0,93	0,93	1.253	1.342.904
Lazio	1,06	1,04	1,06	4.887	4.619.319
Abruzzo	0,97	0,99	0,96	1.096	1.143.580
Molise	1,01	1,00	1,00	282	281.442
Campania	0,92	0,92	0,89	4.306	4.852.780
Puglia	0,97	0,96	0,96	3.351	3.479.291
Basilicata	1,00	0,99	0,99	509	514.780
Calabria	0,95	0,91	0,90	1.548	1.722.701
Sicilia	0,97	0,98	0,98	4.175	4.268.442
Sardegna	0,97	0,96	0,92	1.341	1.459.527
ITALIA	0,94	0,93	0,91	46.478	51.049.980
Parametro di riferimento	0,94	0,93	0,91		

DISPONIBILITA' DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

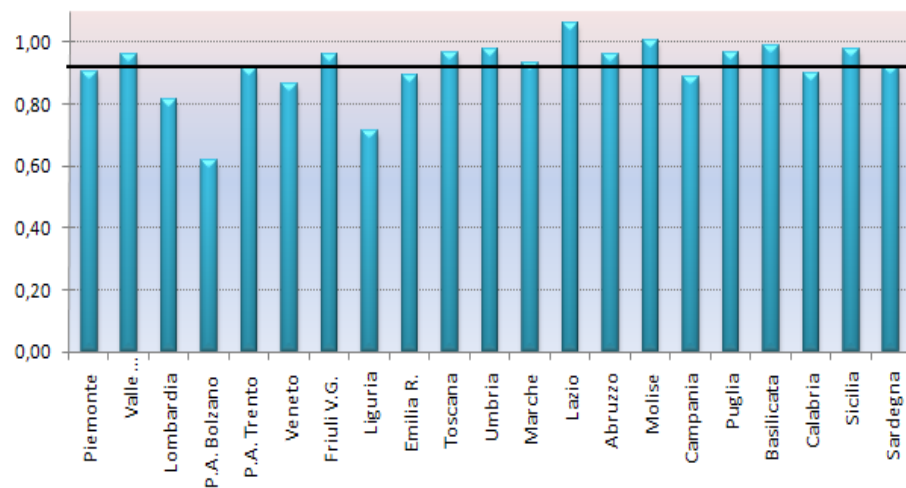
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	n. pediatri	pop. res. < 7 anni
Piemonte	1,67	1,63	1,64	421	256.584
Valle D'Aosta	2,06	1,89	2,23	18	8.066
Lombardia	1,73	1,74	1,75	1.098	627.704
P.A. Bolzano	1,32	1,34	1,34	51	38.136
P.A. Trento	2,16	2,20	2,21	81	36.624
Veneto	1,80	1,78	1,77	559	316.078
Friuli V.G.	1,69	1,70	1,76	123	69.752
Liguria	2,17	2,16	1,87	155	83.025
Emilia R.	2,16	2,16	2,15	555	257.623
Toscana	2,10	2,07	2,02	426	210.797
Umbria	2,20	2,20	2,12	108	51.058
Marche	1,95	1,93	1,92	178	92.879
Lazio	2,29	2,18	2,21	761	344.747
Abruzzo	2,38	2,39	2,39	186	77.929
Molise	2,03	1,94	1,97	36	18.248
Campania	1,72	1,70	1,71	773	451.915
Puglia	2,04	2,04	2,11	596	282.408
Basilicata	1,82	1,84	1,85	69	37.280
Calabria	2,16	2,10	2,12	279	131.830
Sicilia	2,34	2,32	2,33	829	355.552
Sardegna	2,48	2,45	2,38	224	94.183
ITALIA	1,98	1,96	1,96	7.526	3.842.418
Parametro di riferimento	1,98	1,96	1,96		

Fonte dei dati e note

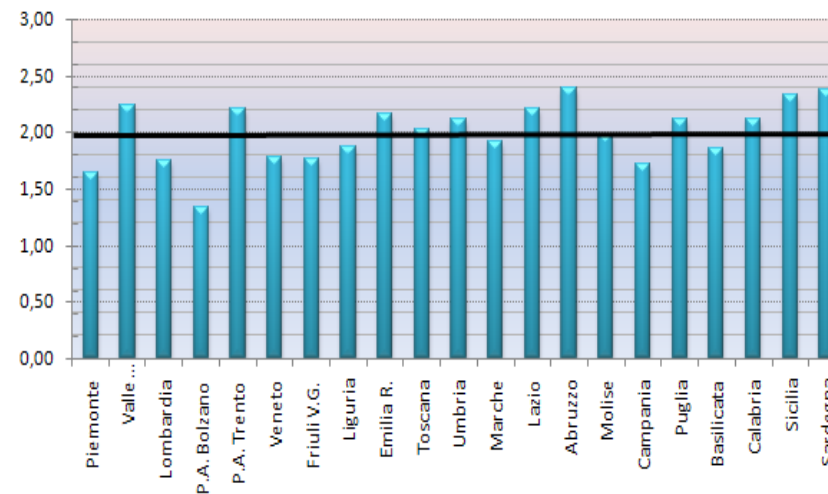
Ministero della salute

DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (per 1.000 abitanti età ≥ 14 anni) E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (1.000 abitanti età < 7 anni)

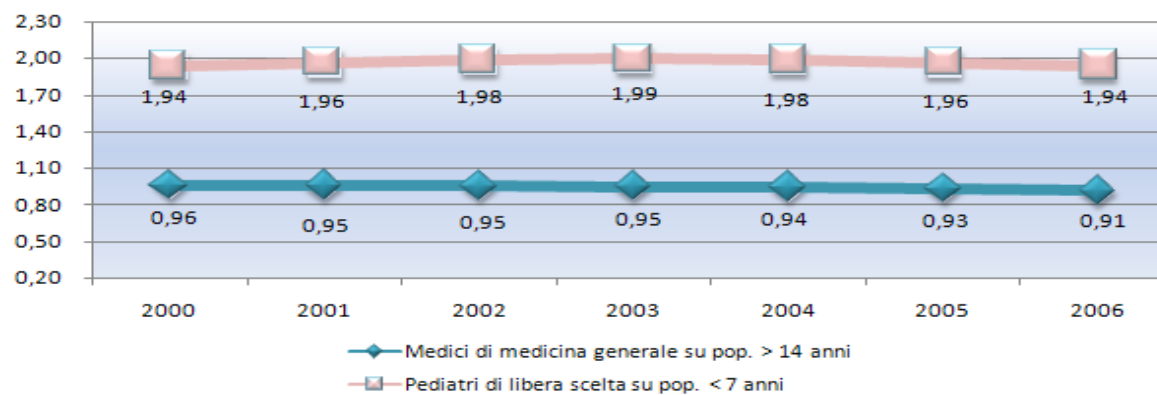
NUMERO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER 1.000 RESIDENTI DI ETÀ' ≥14 ANNI
ANNO 2006



NUMERO DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA PER 1.000 RESIDENTI DI ETÀ' < 7 ANNI
ANNO 2006



DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
Trend 2000-2006 (valore nazionale)



COSTO PRO-CAPITE PER LA MEDICINA GENERALE

SIGNIFICATO

Il Ministero della Salute rileva i costi sostenuti dalle ASL ed AO, secondo i livelli di assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001. L'indicatore considera il costo pro-capite della popolazione residente, sostenuto per le attività svolte dalla guardia medica, dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta e per le attività di emergenza sanitaria territoriale. La rilevazione dei costi relativi a tali macrovoci economiche, viene effettuata a consuntivo, con valori desunti dalla contabilità generale e/o dai dati provenienti dalla contabilità analitica di ASL ed AO. Ciascuna macrovoce economica include i costi relativi a più prestazioni. Per la guardia medica, i costi si riferiscono alle prestazioni di continuità assistenziale, notturna e festiva ed alle prestazioni di guardia medica turistica. Per quanto attiene ai MMG ed ai PLS, le prestazioni sono quelle previste negli Accordi collettivi con il SSN, ossia l'educazione sanitaria; le visite domiciliari ed ambulatoriali; la prescrizione di farmaci, di accertamenti specialistici e di accesso al ricovero; il consulto con specialisti; le vaccinazioni antinfluenzali; certificazioni per riammissione a scuola e per incapacità temporanea al lavoro, certificazioni di idoneità all'attività sportiva non agonistica in ambito scolastico. Infine nella macrovoce relativa all'emergenza sanitaria territoriale, sono incluse le attività svolte dal servizio operativo di emergenza 118.

DESCRIZIONE RISULTATI

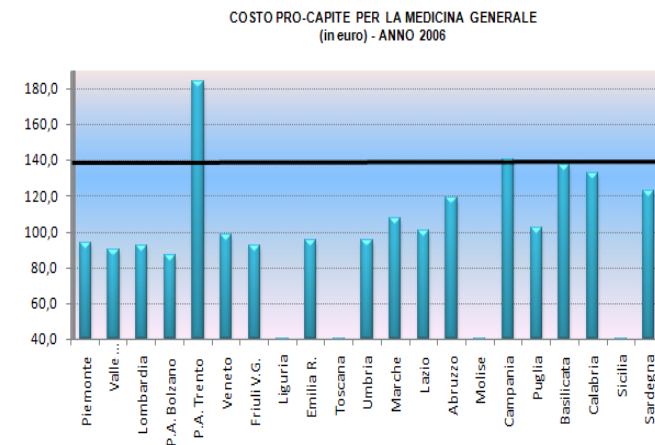
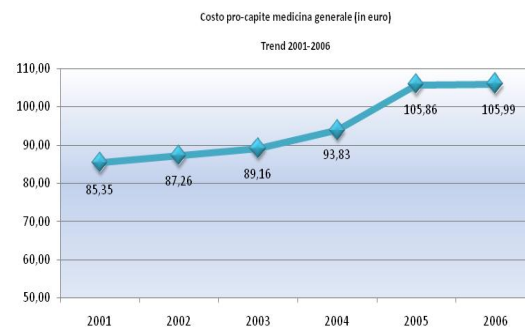
I valori nazionali rilevati nel periodo 2000 - 2006 mostrano un trend uniformemente crescente, con un incremento consistente nel biennio 2004-2005. Si osserva una consistente variabilità dei costi pro-capite regionali. Nella distribuzione si evidenzia il valore massimo del costo pro-capite di medicina generale della P.A. di Trento (183,63 €), e a seguire, i valori delle regioni Campania e Basilicata con oltre 130 euro pro-capite. In generale, a parte i dati di costo mancanti per 4 regioni (Liguria, Toscana, Molise e Sicilia), si osservano valori più elevati dell'indicatore al centro-sud mentre al nord tutte le regioni, esclusa la P.A. di Trento, si mantengono al di sotto dei 100 € pro-capite per la medicina generale. Infine è da notare come nel 2006 il valore nazionale dell'indicatore (105,99 €), nonchè parametro di riferimento, sia rimasto quasi inalterato rispetto al 2005.

OSSERVAZIONI

Il rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta è regolato da un contratto. Per i medici di medicina generale è attualmente in vigore il D.P.R. 28 luglio 2000, n°270, che fissa per ciascun medico, salvo eccezioni, un massimo di 1.500 pazienti di età non inferiore a 14 anni. Per la Provincia Autonoma di Bolzano il numero massimo di assistiti è stato previsto di 2.000 assistiti per medico. Parallelamente per i pediatri di libera scelta è vigente il D.P.R. 28 luglio 2000, n°272, che stabilisce per ciascun pediatra il limite massimo di 800 assistiti in età pediatrica compresa tra 0 e 13 anni, fatte salve alcune eccezioni, per cui si può raggiungere il limite massimo di 1.000 assistiti. In particolare per i bambini fino a 6 anni di età è obbligatoria la scelta del pediatra mentre per i restanti in età pediatrica, da 7 a 13 anni è possibile optare per un medico di medicina generale su richiesta motivata. Per l'emergenza sanitaria vigono le Linee guida 1/1996 per le modalità organizzative del sistema ed il D.P.R. 28 luglio 2000, n°270, Capo V per regolare il rapporto con i medici operativi nel sistema d'emergenza.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo medicina generale	Pop. Resid.
	(in euro)	(in euro)	(in euro)	(in migliaia di euro)	
Piemonte	69,9	85,5	93,6	406.203	4.341.733
Valle D'Aosta	74,7	96,0	90,0	11.155	123.978
Lombardia	72,7	93,4	92,1	872.619	9.475.202
P.A. Bolzano	83,0	84,2	86,4	41.725	482.650
P.A. Trento	144,7	166,6	183,6	92.272	502.478
Veneto	86,2	97,1	97,9	464.106	4.738.313
Friuli V.G.	79,4	83,7	92,0	111.186	1.208.278
Liguria	85,0	102,0	-	-	-
Emilia R.	85,0	97,0	94,9	397.468	4.187.557
Toscana	82,0	86,9	-	-	-
Umbria	84,4	91,1	94,9	82.369	867.878
Marche	97,1	102,9	107,6	164.501	1.528.809
Lazio	-	-	100,2	531.454	5.304.778
Abruzzo	118,5	137,8	119,1	155.512	1.305.307
Molise	134,9	155,1	-	-	-
Campania	116,6	144,0	140,1	811.337	5.790.929
Puglia	90,3	102,0	101,9	415.068	4.071.518
Basilicata	114,9	136,3	137,4	81.630	594.086
Calabria	114,9	128,6	132,7	265.946	2.004.415
Sicilia	130,3	113,8	-	-	-
Sardegna	111,7	115,9	122,3	202.521	1.655.677
ITALIA	93,8	105,9	106,0	5.107.072	48.183.586
Parametro di riferimento	93,8	105,9	106,0		

Nota(*) Il costo include la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la guardia medica.



NUMERO MEDIO DI RICETTE FARMACEUTICHE PRESCRITTE DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

SIGNIFICATO

Tra i compiti attribuiti ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, vi è quello della prescrizione di medicinali a favore dei propri assistiti. Nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, spetta agli stessi medici di base informare ed educare i propri pazienti al corretto uso del farmaco.

Nell'esplicare questa attività prescrittiva i medici di base sono tenuti ad utilizzare appositi moduli del Servizio sanitario nazionale, che consentono, di esercitare un monitoraggio della spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata ed avviare iniziative di valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni.

L'indicatore, numero medio di ricette farmaceutiche prescritte dai medici di base, è espresso dal rapporto tra il numero complessivo di modelli di ricette del S.S.N., per l'acquisto di specialità medicinali e galenici, ed il numero complessivo di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Da tenere presente che anche i medici specialisti ed ospedalieri possono prescrivere farmaci e questo rende non allineato il numeratore con il denominatore dell'indicatore.

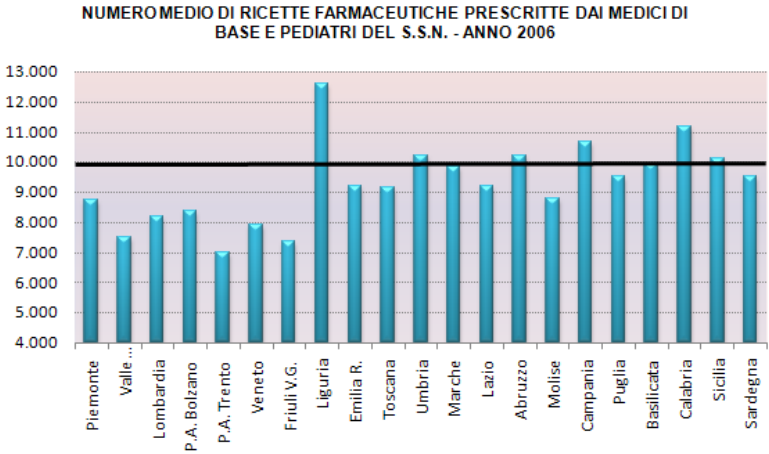
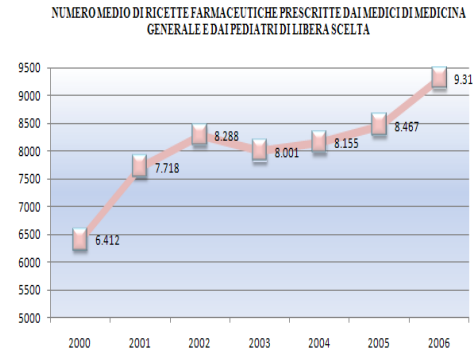
DESCRIZIONE RISULTATI

Anche con una sostanziale diminuzione del numero complessivo nazionale dei medici di base nel periodo 2000 - 2006, si rileva, in quest' ultimo anno, un incremento del numero di ricette farmaceutiche di oltre il 10% rispetto al 2005 e addirittura del 45% rispetto all'anno 2000. Il trend è complessivamente in crescita dal 2003 quando si registrò una diminuzione di circa il 3% sul numero assoluto di ricette farmaceutiche prescritte, rispetto all'anno precedente. A livello regionale si rileva una elevata variabilità dell'indicatore: per le regioni Liguria, Calabria e Campania l'indicatore supera le 10.500 ricette per medico di base con un picco in Liguria dove si superano le 12.000 ricette farmaceutiche prescritte. L' indicatore presenta un valore inferiore ad 8.000 ricette per medico di base in Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Veneto e Friuli V.G.

Fonte dei dati e note

Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	n. ricette	MMG e PLS
Piemonte	8.562	8.379	8.716	33.993.536	3.900
Valle D'Aosta	7.392	7.442	7.506	915.747	122
Lombardia	7.537	7.628	8.176	63.894.707	7.815
P.A. Bolzano	8.428	8.126	8.359	2.515.967	301
P.A. Trento	6.804	6.583	6.966	3.308.643	475
Veneto	7.533	7.523	7.920	32.700.105	4.129
Friuli V.G.	6.868	6.891	7.330	8.452.057	1.153
Liguria	4.525	9.023	12.582	14.934.747	1.187
Emilia R.	8.882	8.822	9.206	35.508.635	3.857
Toscana	6.698	7.960	9.152	32.279.923	3.527
Umbria	7.240	9.612	10.203	8.764.429	859
Marche	8.807	9.539	9.830	14.067.222	1.431
Lazio	8.159	6.874	9.183	51.867.238	5.648
Abruzzo	8.438	9.197	10.180	13.050.769	1.282
Molise	8.168	8.307	8.776	2.790.634	318
Campania	9.864	9.942	10.640	54.038.863	5.079
Puglia	8.108	9.025	9.532	37.621.808	3.947
Basilicata	9.316	9.411	9.928	5.738.343	578
Calabria	8.810	11.004	11.151	20.372.577	1.827
Sicilia	9.101	9.074	10.103	50.557.505	5.004
Sardegna	8.291	8.750	9.515	14.890.755	1.565
ITALIA	8.155	8.467	9.301	502.264.210	54.004
Parametro di riferimento	8.155	8.467	9.301		



NUMERO MEDIO DI RICETTE FARMACEUTICHE PRO CAPITE

SIGNIFICATO

L'indicatore, numero medio di ricette farmaceutiche pro capite, è espresso dal rapporto tra il numero complessivo di ricette, prescritte su appositi modulari del S.S.N. per l'acquisto di specialità medicinali e galenici, e la popolazione residente. Il dato relativo al numero di ricette farmaceutiche è fornito dalle Aziende sanitarie locali, con la raccolta delle informazioni dalle singole farmacie ubicate sul proprio territorio di competenza. L'indicatore in questione esprime in modo assai sintetico il ricorso all'assistenza farmaceutica convenzionata da parte della popolazione residente, nel corso dell'anno. Analisi condotte sull'uso dei farmaci nella popolazione, mostrano un consumo ed una spesa per farmaci crescente all'aumentare dell'età. Circa il 60% della spesa e delle dosi di farmaco prescritte sono assorbite dalla popolazione ultra 65-enne. Inoltre la spesa sostenuta per un anziano ultra 75-enne è 11 volte superiore di quella sostenuta per assistiti in età compresa tra 25 e i 34 anni.

DESCRIZIONE RISULTATI

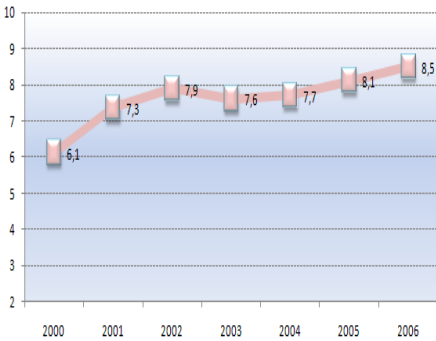
Per una opportuna valutazione tenere presente che l'indicatore è fortemente influenzato dalla struttura per età della popolazione. A livello nazionale, nel periodo 2000-2006 si rileva un trend crescente nel corso dei primi tre anni, con il valore massimo di 7,9 ricette annue per abitante nel 2002 e, dopo una lieve inversione di tendenza nel 2003, un radicale aumento del numero medio di ricette prescritte fino al valore massimo di 8,5 nel 2006. A livello regionale la distribuzione presenta un'elevata variabilità con valori elevati specie nelle regioni centro-meridionali come Abruzzo, Umbria, Sicilia e Calabria dove si registra il valore massimo di 10,2 nel 2006. Il valore mediano della distribuzione regionale nel 2003 è pari a 9,2 ricette pro capite, superiore al parametro di riferimento nazionale (8,5) ed è in continua crescita. Si citano poi, tra le regioni con valori inferiori nella distribuzione, in ordine crescente, P. A. di Bolzano, P. A. di Trento, Lombardia e Veneto.

Fonte dei dati e note

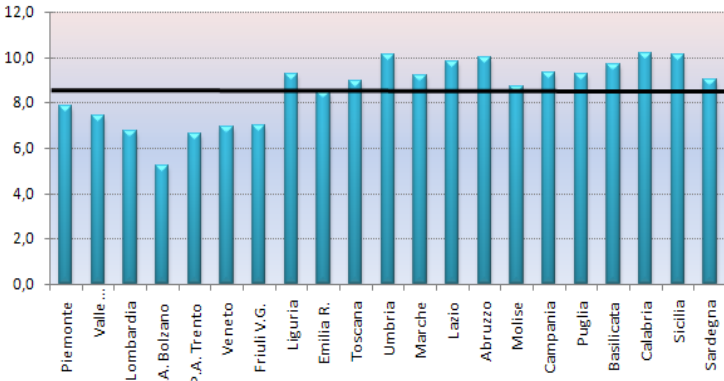
Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	n. ricette	Popolazione residente
Piemonte	7,8	7,6	7,8	33.993.536	4.341.733
Valle D'Aosta	7,1	7,0	7,4	915.747	123.978
Lombardia	6,5	6,4	6,7	63.894.707	9.475.202
P.A. Bolzano	5,3	5,1	5,2	2.515.967	482.650
P.A. Trento	6,4	6,3	6,6	3.308.643	502.478
Veneto	6,6	6,6	6,9	32.700.105	4.738.313
Friuli V.G.	6,6	7,4	7,0	8.452.057	1.208.278
Liguria	4,5	8,9	9,3	14.934.747	1.610.134
Emilia R.	8,3	8,2	8,5	35.508.635	4.187.557
Toscana	6,6	8,6	8,9	32.279.923	3.619.872
Umbria	7,3	9,8	10,1	8.764.429	867.878
Marche	8,2	8,9	9,2	14.067.222	1.528.809
Lazio	8,7	9,2	9,8	51.867.238	5.304.778
Abruzzo	8,4	9,2	10,0	13.050.769	1.305.307
Molise	8,1	8,2	8,7	2.790.634	320.907
Campania	8,9	9,0	9,3	54.038.863	5.790.929
Puglia	7,8	8,7	9,2	37.621.808	4.071.518
Basilicata	9,1	9,1	9,7	5.738.343	594.086
Calabria	8,4	10,1	10,2	20.372.577	2.004.415
Sicilia	9,0	9,1	10,1	50.557.505	5.017.212
Sardegna	8,2	8,6	9,0	14.890.755	1.655.677
ITALIA	7,7	8,1	8,5	502.264.210	58.751.711
Parametro di riferimento	7,7	8,1	8,5		

Numero medio di ricette farmaceutiche pro-capite

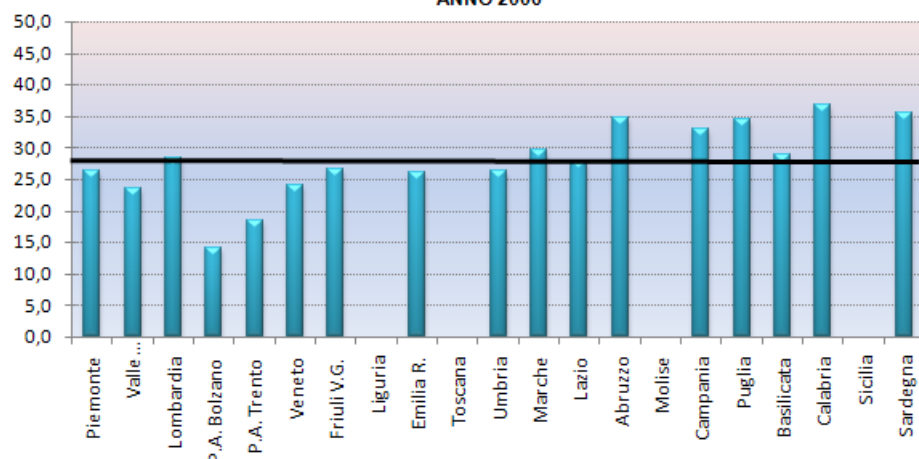


NUMERO DI RICETTE FARMACEUTICHE PRO-CAPITE
ANNO 2006

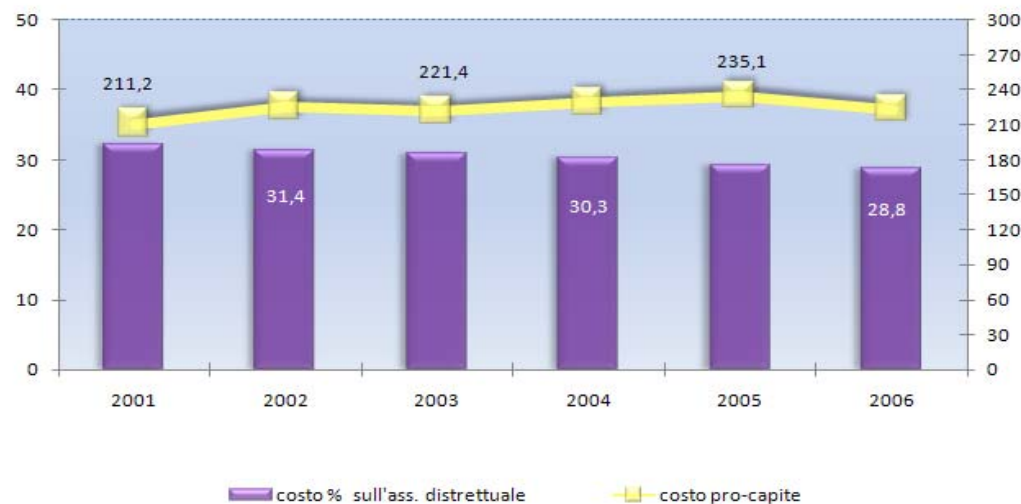
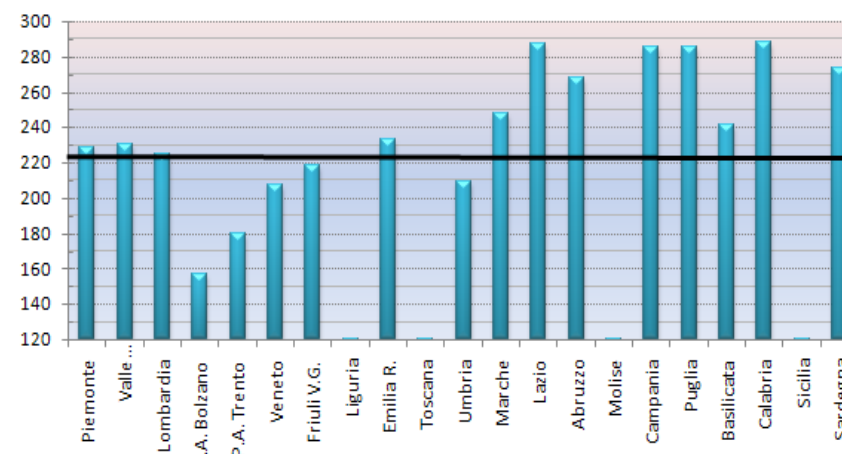


COSTO PERCENTUALE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E COSTO PRO-CAPITE PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

COSTO PERCENTUALE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE ANNO 2006



COSTO PRO-CAPITE PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

PERCENTUALE DI AZIENDE USL DOTATE DI CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)

SIGNIFICATO

Il Centro Unificato di Prenotazione, (CUP), costituisce un particolare servizio di supporto all'assistenza sanitaria specialistica. Esso si avvale di un sistema automatizzato, deputato a prenotare prestazioni sanitarie specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale, presso le strutture del territorio di competenza dell'Azienda sanitaria locale, come ospedali, distretti e poliambulatori. Il CUP garantisce un'intermediazione tra l'utenza, che esprime la domanda e l'insieme dei servizi offerti dalla Azienda USL, semplificando ed al contempo rendendo rapido e trasparente il sistema di prenotazione. Per assicurare una migliore accessibilità e fruibilità dei servizi offerti, esistono attualmente anche CUP che garantiscono un sistema di prenotazioni delle prestazioni sanitarie a livello regionale, con l'attivazione di appositi call-center. Questi servizi consentono di effettuare prenotazioni per visite ed esami specialistici presso le strutture sanitarie che aderiscono all'iniziativa. L'indicatore, percentuale di Aziende USL dotate di CUP, esprime in senso lato il grado di copertura del territorio dal servizio CUP, in quanto spesso l'attivazione di un CUP è limitata alle prestazioni erogate solo da alcune strutture facenti parte dell'azienda e/o ad alcune prestazioni medico-specialistiche.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel periodo 2000-2006 si rileva a livello nazionale un continuo incremento delle Aziende che dichiarano di avere un sistema automatizzato per la prenotazione delle prestazioni. Con riferimento all'anno 2006, l'indicatore presenta un incremento del 7% rispetto a quanto rilevato nel 2003.

A livello regionale la distribuzione presenta ancora una certa variabilità ed il parametro di riferimento è il valore assunto dall'indicatore a livello nazionale, pari all'87% nel 2006. Ben tredici regioni dichiarano nel 2006 di avere attivato CUP in ciascuna azienda USL presente nel proprio ambito territoriale. In Lombardia invece il CUP risulta attivato solo nel 33% delle Asl mentre nella P.A. di Bolzano l'indicatore è al 50%. Altre regioni come Calabria e Sardegna annualmente incrementano il numero dei CUP attivati mentre in Umbria, Campania e Sicilia la situazione nell'ultimo triennio è stabile.

Fonte dei dati e note

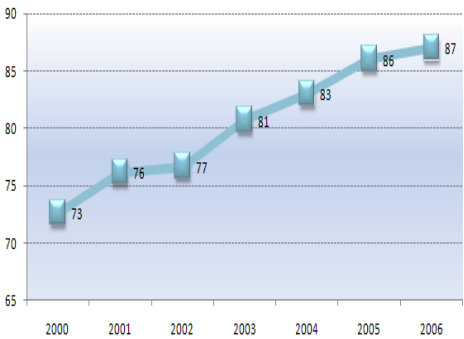
OSSERVAZIONI

I CUP consentirebbero di monitorare efficacemente ed in maniera omogenea sull'intero territorio nazionale i cosiddetti tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. E' questo uno degli obiettivi perseguiti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), cercando di definire, in modo univoco, una metodologia che consenta di rilevare in modo sistematico il tempo di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie o almeno di quelle ritenute particolarmente rilevanti, per la prevenzione e cura di importanti patologie.

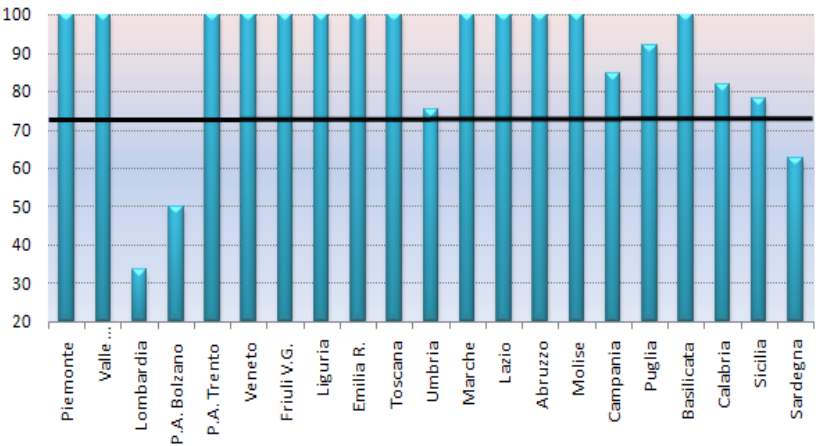
Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	C.U.P.	ASL
Piemonte	95	100	100	22	22
Valle D'Aosta	100	100	100	1	1
Lombardia	40	33	33	5	15
P.A. Bolzano	50	50	50	2	4
P.A. Trento	100	100	100	1	1
Veneto	90	95	100	21	21
Friuli V.G.	100	100	100	6	6
Liguria	100	80	100	5	5
Emilia R.	100	100	100	11	11
Toscana	92	100	100	12	12
Umbria	75	75	75	3	4
Marche	92	92	100	1	1
Lazio	100	92	100	12	12
Abruzzo	100	100	100	6	6
Molise	100	100	100	1	1
Campania	85	85	85	11	13
Puglia	92	100	92	11	12
Basilicata	100	100	100	5	5
Calabria	36	73	82	9	11
Sicilia	67	78	78	7	9
Sardegna	50	50	63	5	8
ITALIA	83	86	87	157	180
Parametro di riferimento	83	86	87		

Aziende ASL dotate di CUP (%)



PERCENTUALE DI AZIENDE USL DOTATE DI CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)
ANNO 2006



PERCENTUALE DI STRUTTURE* CHE HANNO VERIFICATO E/O AGGIORNATO LA CARTA DEI SERVIZI

SIGNIFICATO

L'introduzione della Carta dei servizi sanitari, avvenuta con il Decreto legge 12 maggio 1995, n.163, convertito dalla Legge 11 luglio 1995, n.273, che prevedeva l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici di proprie "Carte dei servizi", ha costituito un intervento fortemente innovativo, volto a modificare in modo sostanziale il rapporto tra i cittadini e il SSN. La Carta infatti rappresenta la modalità attraverso cui vengono esplicitati gli impegni assunti dalle Aziende sanitarie nei confronti dei cittadini, la cui centralità nel processo assistenziale assume una valenza sempre più partecipativa che realizza inoltre una significativa occasione di miglioramento gestionale del servizio stesso. L'adozione della Carta dei servizi richiede che le strutture sanitarie si dotino di meccanismi di misurazione del servizio, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi la cui diffusione impone un graduale ma significativo cambiamento culturale. E' pertanto necessario monitorare, quale indice indiretto della qualità dell'assistenza sanitaria, il livello di verifica ed aggiornamento nel tempo della Carta adottata da parte delle strutture sanitarie.

DESCRIZIONE RISULTATI

Al fine di una corretta interpretazione dei risultati, è opportuno considerare che la percentuale di strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate, che ogni anno verifica e/o aggiorna la Carta dei Servizi, non è omogenea nel tempo, in conseguenza della diversa periodicità, e in taluni casi della discontinuità, con cui viene effettuata e diffusa la revisione del documento.

All'osservazione del trend relativo al periodo 2001-2006, si nota a partire dal 2005 un decremento della verifica e/o aggiornamento della Carta dei Servizi ovvero degli impegni assunti con i cittadini. Nel 2006 sia le strutture pubbliche (56,4%) che quelle private accreditate (53,9%) sono ben al di sotto del 60% con un peggioramento nell'ultimo anno. A livello regionale esiste un'elevata variabilità. In generale nel 2006 è superiore al 75% nelle strutture pubbliche di 8 regioni e nelle strutture private accreditate di solo 2 regioni; si nota tuttavia che i dati non sono disponibili in modo completo ed in alcuni casi non sono pervenuti.

Fonte dei dati e note

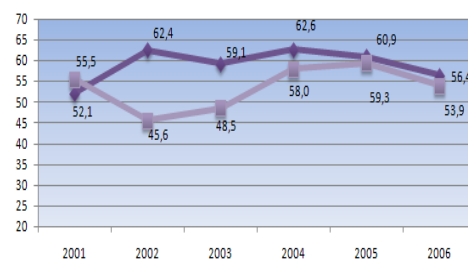
OSSERVAZIONI

Con la Carta dei Servizi il Dip. della Funzione Pubblica intendeva riformare il sistema dei servizi alla collettività per rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini "utenti" migliorando l'efficienza operativa delle organizzazioni e la qualità delle prestazioni erogate. Il DPCM 19 maggio 1995, recante "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari" regola l'attuazione della Carta nel SSN, prevedendo attività di tutela del cittadino rispetto ai disservizi come: l'adozione e la verifica di standard di qualità dei servizi erogati, la misurazione del grado di soddisfazione degli utenti e la valutazione dei reclami, il potenziamento dell'informazione e della comunicazione al cittadino. Dal "Rapporto sulla Rilevazione Nazionale della Carta dei Servizi Sanitari 2003-2004", elaborato dalla D.G. della Programmazione del Ministero della Salute, emerge che il 52% delle Aziende che hanno risposto al questionario hanno implementato sistemi di verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla Carta. Nuove iniziative sono necessarie per implementare l'utilizzo della Carta, strumento di relazione partecipata fra il cittadino e l'organizzazione sanitaria e parte integrante delle strategie di Governo Clinico aziendale.

Note: (*) per strutture si intendono Aziende USL, Aziende ospedaliere, Policlinici Universitari, IRCCS, Osp.Class., Case di cura private accreditate

n.p. = non pervenuto; n.d. = non disponibile

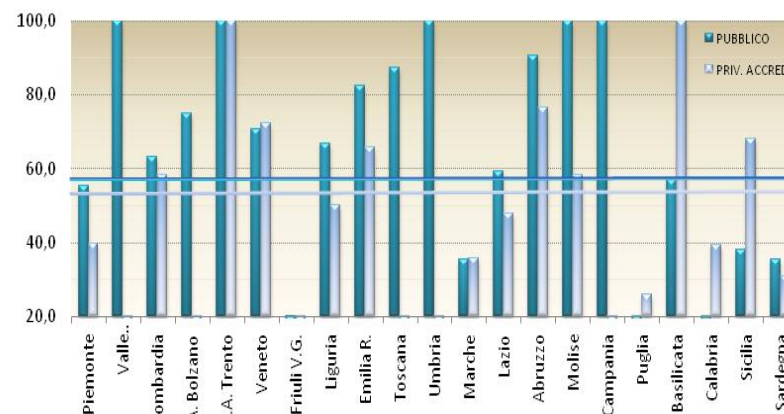
PERCENTUALE DI STRUTTURE CHE HANNO VERIFICATO E/O AGGIORNATO LA CARTA DEI SERVIZI



Ministero della salute

	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2006	
	PUBBLICO	PRIV. ACCRED.	PUBBLICO	PRIV. ACCRED.	PUBBLICO	PRIV. ACCRED.
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Strutture che hanno verificato la carta servizi Totale strutture	Strutture che hanno verificato la carta servizi Totale strutture
Piemonte	64,9	62,5	55,3	39,5	21	38
Valle D'Aosta	100,0	0,0	100,0	0,0	1	1
Lombardia	74,4	67,8	63,0	58,3	29	46
P.A. Bolzano	75,0	0,0	75,0	0,0	3	4
P.A. Trento	100,0	80,0	100,0	100,0	3	3
Veneto	52,2	70,4	70,8	72,2	17	24
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	58,3	0,0	66,7	50,0	8	12
Emilia R.	58,8	69,8	82,4	65,9	14	17
Toscana	100,0	n.d.	87,5	n.d.	14	16
Umbria	100,0	100,0	100,0	0,0	6	6
Marche	47,6	64,3	35,3	35,7	12	34
Lazio	41,7	62,3	59,3	47,7	16	27
Abruzzo	28,0	23,1	90,6	76,7	29	32
Molise	100,0	100,0	100,0	58,3	3	3
Campania	100,0	n.d.	100,0	n.d.	24	24
Puglia	51,0	14,3	17,6	25,8	9	51
Basilicata	66,7	100,0	57,1	100,0	4	7
Calabria	40,0	31,6	18,8	39,5	3	16
Sicilia	43,3	57,9	37,9	68,0	11	29
Sardegna	67,6	33,3	35,3	30,8	12	34
ITALIA	60,9	59,3	56,4	53,9	239	424
Parametro di riferimento	60,9	59,3	56,4	53,9		

PERCENTUALE DI STRUTTURE CHE HANNO VERIFICATO LA CARTA DEI SERVIZI



UTENTI SERT TRATTATI NELL'ANNO (per 1.000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni)

SIGNIFICATO

I SERT, servizi pubblici per le tossico- ed alcol-dipendenze, svolgono attività di prevenzione, riabilitazione e reinserimento, relativamente alle tossicodipendenze e alle patologie correlate. Essi definiscono programmi terapeutici individuali, compresi gli interventi socio-riabilitativi, avvalendosi anche delle strutture di recupero sociale presenti sul territorio. Tra gli utenti tossicodipendenti che ricorrono alle cure dei SERT si rilevano forti differenze territoriali relativamente alla sostanza d'abuso primaria. La composizione dell'organico dei SERT ha un rapporto in convenzione con il SSN e solitamente comprende diverse figure professionali: medici (specialisti in farmacologia, infettivologia, psichiatria), sociologi, psicologi, operatori socio-sanitari, infermieri. Le tossicodipendenze si rilevano prevalentemente nella fascia d'età 14-44 anni. Tale L'indicatore indica quanti soggetti nell'anno con problemi di tossicodipendenza, ogni 1.000 residenti della stessa età, ricorrono alle cure di primo intervento erogate dai SERT. Fornisce dunque una misura dell'accessibilità a questo tipo di servizio, preposto al recupero dei tossicodipendenti. Un'analisi più attenta verso i soggetti che sono stati più volte utenti dei SERT, dopo aver concluso o meno la terapia prescritta, consentirebbe di valutare l'efficacia del servizio erogato.

DESCRIZIONE RISULTATI

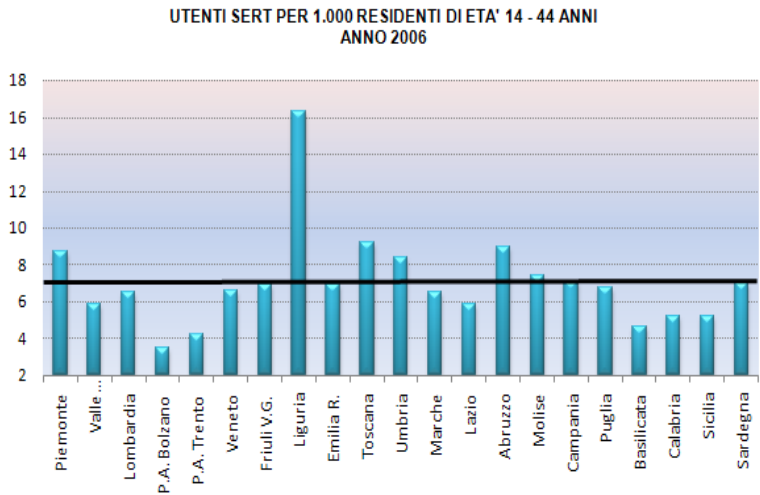
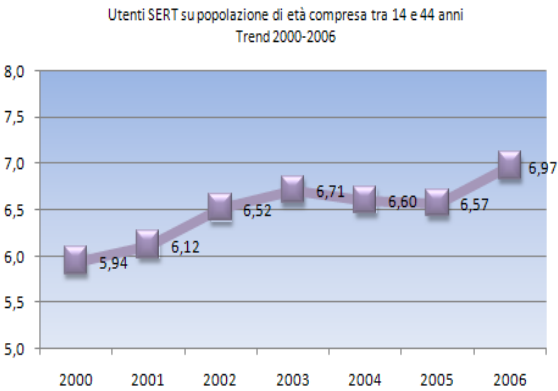
I valori nazionali rilevati nel periodo 2000-2006, mostrano negli anni un generale aumento degli utenti SERT, così come il relativo indicatore, calcolato sulla popolazione residente, per la fascia di età che va da 14 a 44 anni. I valori regionali mostrano un'elevata variabilità: le regioni Basilicata, Calabria, Sicilia e le P.A. di Bolzano e Trento, hanno mediamente in trattamento presso i SERT fino a 5 utenti ogni 1.000 residenti, mentre la Liguria presenta nettamente il valore più elevati della distribuzione con oltre 16 utenti in trattamento per 1.000 residenti; la mediana della distribuzione regionale è di 6,60 utenti per 1.000 residenti. Esaminando i valori assunti dall'indicatore nel triennio 2004-2006, si rilevano consistenti incrementi in Liguria, Toscana ed Abruzzo. Per la Liguria l'indicatore cresce di circa il 60% nel periodo esaminato.

OSSERVAZIONI

L'indicatore in esame non può essere considerato un indicatore di prevalenza dei soggetti tossicodipendenti nella popolazione, perché non tutti si sottopongono ai programmi terapeutici adottati dai SERT. Inoltre, anche coloro che avviano un protocollo terapeutico, spesso lo abbandonano prima di averlo concluso. Il numero degli utenti SERT aggrega dunque tanto i nuovi quanto i vecchi utenti, ossia coloro che sono già stati presi in carico da un SERT in periodi precedenti, ma che vi tornano perché non hanno definitivamente superato la dipendenza da sostanze stupefacenti.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Utenti SERT (*)	Popolazione 14-44 anni
Piemonte	8,3	8,3	8,7	14.859	1.701.291
Valle D'Aosta	5,8	5,8	5,8	297	50.814
Lombardia	6,7	6,6	6,5	25.774	3.961.649
P.A. Bolzano	3,5	3,4	3,5	738	211.157
P.A. Trento	4,2	4,2	4,2	868	207.125
Veneto	5,8	5,8	6,6	13.151	1.991.435
Friuli V.G.	6,6	6,7	6,9	3.247	470.291
Liguria	10,6	10,6	16	9.491	583.585
Emilia R.	7,0	6,9	6,9	11.482	1.663.871
Toscana	7,2	7,1	9	12.956	1.416.243
Umbria	10,1	10,0	8,4	2.859	342.149
Marche	7,9	7,8	6,5	3.960	613.840
Lazio	6	6	5,9	13.133	2.237.597
Abruzzo	7,2	7,1	8,9	4.820	541.684
Molise	6,2	6,2	7	974	132.150
Campania	6,8	6,8	7,1	18.587	2.628.317
Puglia	6,4	6,4	6,8	12.082	1.789.833
Basilicata	4,5	4,5	4,6	1.179	255.642
Calabria	5,1	5,1	5,2	4.536	878.810
Sicilia	4,8	4,8	5	11.241	2.170.917
Sardegna	7,0	7,0	7,0	5.119	730.058
ITALIA	6,6	6,6	7,0	171.353	24.578.458
Parametro di riferimento	6,6	6,6	7,0		

(*) Utenti SERT di qualunque età



GIORNATE DI ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI NELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE (per 1.000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni)

SIGNIFICATO

Fanno parte dell'assistenza distrettuale le attività svolte dalle comunità terapeutiche per le persone tossico- ed alcol-dipendenti. Queste strutture possono essere caratterizzate da differenti tipologie di intervento e percorsi riabilitativi, al fine di assistere i pazienti nel processo di disintossicazione e reinserimento sociale. L'accesso alla comunità terapeutica, che privilegia un'assistenza di tipo residenziale, avviene solitamente tramite i Sert. Il personale specialistico del Sert stabilisce, in accordo con il paziente, il programma terapeutico più adeguato alle caratteristiche dello stesso. Nella comunità, il programma terapeutico e riabilitativo viene proseguito ed il paziente lo condivide con altre persone che necessitano di questo genere di assistenza. Le modalità terapeutiche, seppure caratterizzate da differenti orientamenti culturali, sono comunque indirizzate a momenti di socializzazione, ad attività di gruppo ed alla psicoterapia. L'indicatore è costruito sulla base delle informazioni fornite dalle regioni circa il numero di giornate erogate per assistenza ai tossicodipendenti, presso comunità terapeutiche, ovunque presenti sul territorio nazionale. L'altro elemento considerato nel calcolo è la popolazione residente compresa tra 14 e 44 anni, fascia di età in cui si concentra maggiormente il fenomeno della tossicodipendenza.

DESCRIZIONE RISULTATI

La rilevazione delle informazioni che consente l'elaborazione dell'indicatore avviene tramite un questionario ad hoc. Il Friuli non ha fornito i dati ma anche per diverse altre regioni i dati risultano parziali.

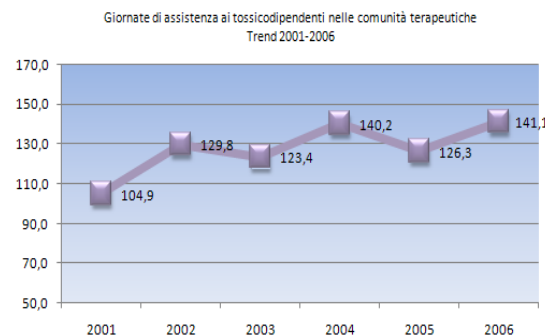
Rispetto al trend 2001-2006 si nota un discontinuo ma crescente valore dell'indicatore con un massimo di 141 giorni di assistenza ogni 1.000 residenti di età compresa tra 14 e 44 anni nel 2006. A fronte del valore nazionale sussiste una consistente variabilità regionale dell'indicatore, attribuibile in gran parte al grado di completezza dei dati. I valori più elevati si riscontrano in Piemonte, Liguria, Sardegna, Marche e Valle D'Aosta. Notevole è l'incremento delle giornate di assistenza in Sicilia con un valore più che triplicato dal 2005 al 2006 e in Sardegna; viceversa in Campania dove l'indicatore è drasticamente calato (113,48 nel 2005 e 34,78 nel 2006).

Fonte dei dati e note

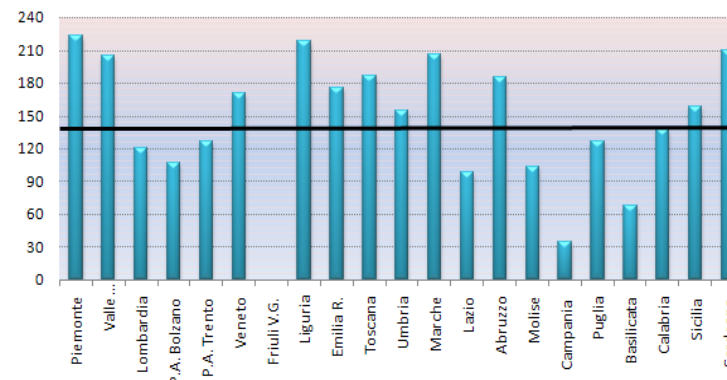
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Giorni di assistenza	Popolazione residente 14-44 anni
Piemonte	240,2	218,3	223,2	379.791	1.701.291
Valle D'Aosta	311,9	253,5	204,5	10.389	50.814
Lombardia	130,6	87,3	120,6	477.694	3.961.649
P.A. Bolzano	105,3	94,9	106,2	22.425	211.157
P.A. Trento	121,0	133,1	126,3	26.169	207.125
Veneto	173,0	143,8	170,1	338.812	1.991.435
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	233,1	237,0	218,4	127.438	583.585
Emilia R.	195,9	177,0	175,2	291.444	1.663.871
Toscana	158,6	207,0	186,6	264.290	1.416.243
Umbria	178,1	172,0	153,7	52.596	342.149
Marche	198,8	170,8	206,1	126.528	613.840
Lazio	85,8	100,0	97,8	218.791	2.237.597
Abruzzo	186,4	96,5	185,4	100.437	541.684
Molise	151,6	90,9	102,7	13.570	132.150
Campania*	126,7	113,5	34,8	91.411	2.628.317
Puglia	84,6	93,1	126,3	226.057	1.789.833
Basilicata	73,8	85,4	66,8	17.066	255.642
Calabria	135,6	123,7	136,5	119.991	878.810
Sicilia	56,5	47,4	158,0	343.072	2.170.917
Sardegna	171,5	146,2	209,9	153.263	730.058
ITALIA	140,2	126,3	141,1	3.401.234	24.108.167
Parametro di riferimento	140,2	126,3	141,1		

Nota: Le giornate di assistenza sono state calcolate a prescindere dall'età e dalla Regione di provenienza

* dati incompleti



GIORNATE DI ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI NELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE
PER 1.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 14 E 44 ANNI - ANNO 2006



Ministero della salute

COSTO PRO-CAPITE PER L'ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE, RIVOLTA AL RECUPERO DELLA TOSSICODIPENDENZA E ALCOLDIPENDENZA

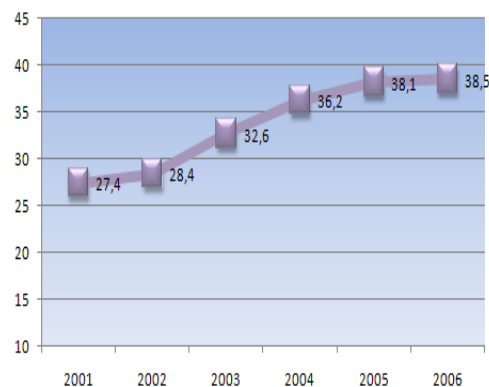
SIGNIFICATO

Il Ministero della Salute rileva, con apposito modello, i costi sostenuti dalle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere, secondo i livelli di assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001. L'indicatore in esame considera il costo pro-capite, calcolato rispetto alla popolazione residente di età compresa tra 14 e 44 anni, sostenuto per l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi, a favore di persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcol. I suddetti programmi terapeutico-riabilitativi vengono solitamente stabiliti dal personale specialistico dei Sert, in accordo con il paziente, e proseguiti presso le strutture territoriali, preposte al trattamento dei tossico- e alcol-dipendenti. Il programma terapeutico-riabilitativo, commisurato alle caratteristiche del paziente, può privilegiare trattamenti svolti in regime residenziale o semiresidenziale. Nei costi per trattamenti terapeutico-riabilitativi sono compresi quelli specificatamente rivolti ai detenuti o internati con problemi di tossico- e alcol-dipendenza. Nel calcolo dell'indicatore la popolazione residente è limitata a quella di età compresa tra 14 e 44 anni, poichè è questa la fascia di età in cui si concentra il fenomeno della tossicodipendenza.

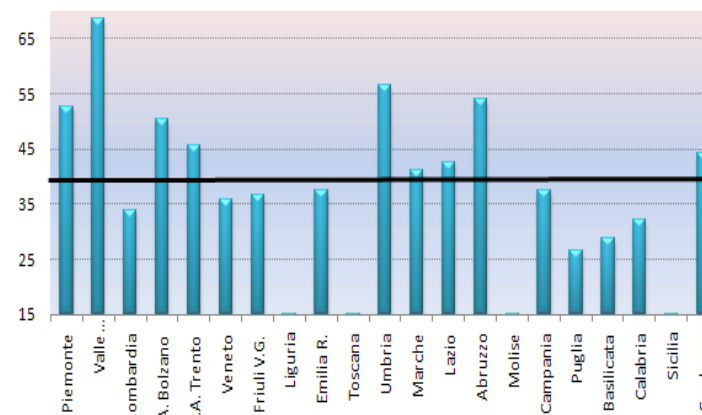
DESCRIZIONE RISULTATI

Si osserva un andamento crescente del costo pro-capite, a livello nazionale, nel periodo in esame, si passa infatti dai 27,40 € del 2001 ai 38,47 € del 2006, anno in cui l'incremento rispetto all'anno precedente è stato più lieve. A fronte di un valore nazionale pari a 38,47 euro nella distribuzione regionale si registra una notevole variabilità: i costi più bassi si osservano nella regione Puglia (€ 26,45), in Basilicata (€ 28,72) ed in Calabria (€32,02). I valori massimi sono quelli sostenuti dalla Valle d'Aosta (€ 68,70), dall'Umbria (€ 56,66) e dall'Abruzzo (€ 53,93). Anche per questo indicatore 4 regioni non hanno fornito i loro dati.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo ass. tossicodip. e alcol. dip.	Pop. Resid. tra 14 e 44 anni
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in migliaia di Euro)	
Piemonte	51,8	51,9	52,6	89.485	1.701.291
Valle D'Aosta	65,0	67,3	68,7	3.491	50.814
Lombardia	29,2	29,8	33,8	133.848	3.961.649
P.A. Bolzano	55,9	60,7	50,3	10.622	211.157
P.A. Trento	35,1	37,6	45,7	9.470	207.125
Veneto	35,4	40,2	35,9	71.448	1.991.435
Friuli V.G.	30,8	34,4	36,7	17.277	470.291
Liguria	55,4	56,4	-	-	-
Emilia R.	35,5	35,9	37,4	62.311	1.663.871
Toscana	44,5	45,8	-	-	-
Umbria	42,6	45,5	56,7	19.387	342.149
Marche	36,8	36,9	41,1	25.255	613.840
Lazio	-	-	42,5	95.017	2.237.597
Abruzzo	40,3	45,3	53,9	29.211	541.684
Molise	34,5	42,0	-	-	-
Campania	38,5	38,7	37,3	98.068	2.628.317
Puglia	26,5	28,5	26,4	47.333	1.789.833
Basilicata	32,3	34,9	28,7	7.342	255.642
Calabria	28,6	32,9	32,0	28.138	878.810
Sicilia	31,9	34,3	-	-	-
Sardegna	40,3	47,9	44,2	32.273	730.058
ITALIA	36,2	38,1	38,5	779.975	20.275.563
Parametro di riferimento	36,2	38,1	38,5		



COSTO PRO-CAPITE PER ASSISTENZA TERRITORIALE, SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE, PER RECUPERO DI TOSSICO E ALCOL-DIPENDENZA (in Euro) - ANNO 2006



GIORNATE DI ASSISTENZA RIABILITATIVA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE PRESSO STRUTTURE EX ART.26 L.833/1978 (per 1.000 abitanti)

SIGNIFICATO

L'articolo 26 della Legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è dedicato alle prestazioni di riabilitazione. Con questo genere di prestazioni sono da intendere quelle dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa. Le prestazioni di riabilitazione sono erogate dalle ASL attraverso i propri servizi o attraverso strutture private accreditate con il Servizio sanitario nazionale e comprendono le prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Le prestazioni di riabilitazione possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e/o domiciliare. Le attività di assistenza riabilitativa possono distinguersi in base alla patologia disabilitante, per cui se ne possono individuare delle macro aree, quale quella relativa alla neurologica, pneumologica, cardiologica, motoria, psico-sensoriale, neuropsichiatrica infantile. L'indicatore prende in considerazione il numero di giornate erogate per assistenza riabilitativa, in forma residenziale e semiresidenziale, rapportandolo alla popolazione residente. L'indicatore esprime dunque il numero complessivo di giornate di assistenza riabilitativa erogate ogni 1.000 residenti. In particolare, esso fornisce una misura dell'attività effettuata, nell'ambito dell'assistenza riabilitativa in regime residenziale e semiresidenziale, a favore di soggetti affetti da patologie, transitorie o permanenti, disabilitanti.

DESCRIZIONE RISULTATI

A livello nazionale nel periodo 2000-2006, i valori rilevati mostrano un'oscillazione che va da 119 a 130 giorni di assistenza riabilitativa ogni 1.000 residenti del 2006, con valore massimo di 138 giorni registrato nel 2002.

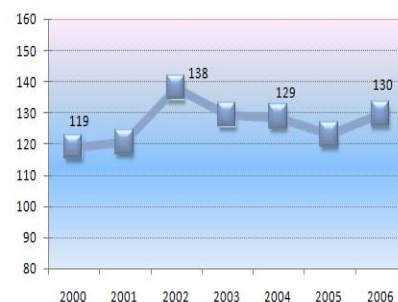
A livello regionale i dati presentano un'elevata variabilità. In Valle d'Aosta non vengono erogate giornate di assistenza riabilitativa, né in regime residenziale né semiresidenziale. Per quanto riguarda le altre regioni, nel 2006 l'indicatore assume valori inferiori alle 30 giornate di assistenza riabilitativa per 1.000 residenti in Emilia Romagna, Veneto e Piemonte. Valori superiori alle 300 giornate vengono rilevati nelle regioni Abruzzo e Basilicata con valore massimo della distribuzione pari a 334 giorni di assistenza riabilitativa per 1.000 residenti. Con riferimento al triennio 2004-2006 i valori di quasi tutte le regioni si mantengono piuttosto stabili. La sostanziale stabilità può essere attribuita al fatto che a livello regionale è pressoché invariato il numero delle strutture erogatrici di prestazioni riabilitative. Tale considerazione non può essere estesa però alle regioni Abruzzo, Basilicata e Molise, che presentano una notevole variazione di attività: in forte aumento in Abruzzo e Calabria ed in vistoso calo nel Molise. In queste regioni, a differenza di quanto si verifica nella maggior parte delle altre, si rileva anche un aumento dei centri ed istituti di riabilitazione operanti sul territorio.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

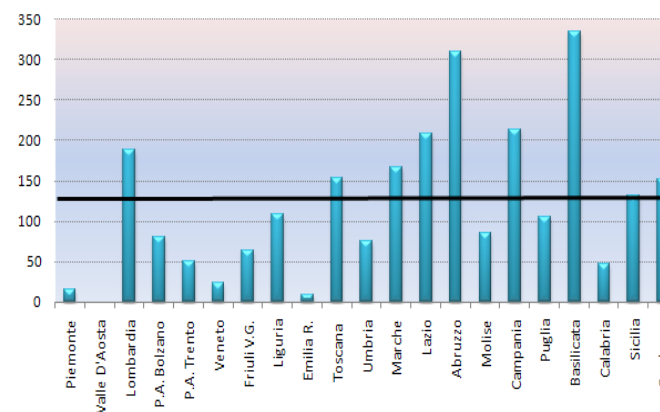
L'indicatore, pur con qualche ragionevole problema di completezza e confrontabilità dei dati, fornisce una misura dell'attività erogata, in forma residenziale e semiresidenziale, dalle strutture preposte all'assistenza riabilitativa, a favore dei soggetti affetti da patologie, transitorie o permanenti, disabilitanti e della relativa distribuzione territoriale.

(*) Svolta nell'anno nelle strutture ex art. 26 Legge 833/1978



	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	gg. ass. riab.	Popolazione residente
Piemonte	16	17	16	70.034	4.341.733
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-
Lombardia	201	192	188	1.781.256	9.475.202
P.A. Bolzano	88	82	81	38.945	482.650
P.A. Trento	54	87	51	25.581	502.478
Veneto	23	23	23	109.206	4.738.313
Friuli V.G.	64	64	63	76.401	1.208.278
Liguria	89	92	109	175.010	1.610.134
Emilia R.	14	10	9	39.410	4.187.557
Toscana	145	126	153	553.199	3.619.872
Umbria	13	53	76	65.743	867.878
Marche	147	162	167	254.775	1.528.809
Lazio	198	183	208	1.102.514	5.304.778
Abruzzo	207	272	309	403.379	1.305.307
Molise	684	320	85	27.234	320.907
Campania	246	182	214	1.236.477	5.790.929
Puglia	98	144	105	425.865	4.071.518
Basilicata	97	128	334	198.663	594.086
Calabria	42	42	48	95.280	2.004.415
Sicilia	123	130	132	664.253	5.017.212
Sardegna	135	133	152	251.918	1.655.677
ITALIA	129	123	130	7.595.143	58.627.733
Parametro di riferimento	129	123	130		

GIORNATE DI ASSISTENZA RIABILITATIVA, SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE
PER 1.000 RESIDENTI - ANNO 2006



Ministero della salute

COSTO PRO-CAPITE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE AI DISABILI

SIGNIFICATO

Il costo pro-capite per l'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale ai disabili, definito come rapporto tra il costo per l'assistenza riabilitativa territoriale, semiresidenziale e residenziale, rivolta ai disabili e la popolazione residente comprende:

- attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale di menomazioni e/o disabilità all'interno di un progetto multidisciplinare globale: rieducazione motoria, fisioterapia, logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale, riabilitazione internistica, attività neuro-psicologica, psicologica e pedagogica; (Centri ambulatoriali di riabilitazione - livello ambulatoriale e domiciliare);

- attività di recupero e rieducazione funzionale di menomazioni e/o disabilità all'interno di un progetto multidisciplinare globale (rieducazione motoria, fisioterapia, logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale, riabilitazione internistica, attività neuro-psicologica, psicologica e pedagogica) con carattere intensivo o estensivo, per almeno 3 ore al giorno (Presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo - livello semiresidenziale e residenziale);

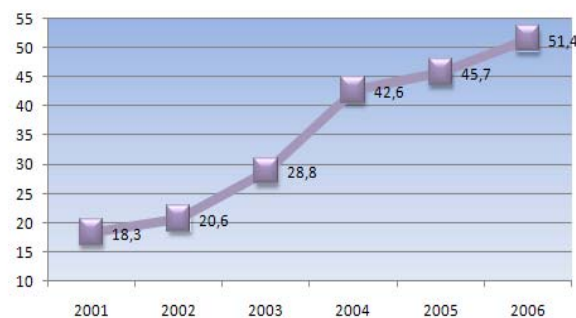
- assistenza medica, infermieristica e riabilitativa estensiva a persone con disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste a lento recupero, non assistibili a domicilio, mediante interventi a media intensità sanitaria, e con elevata tutela assistenziale e alberghiera, per periodi prolungati o a permanenza (RSA per disabili - livello semiresidenziale e residenziale).

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel corso del periodo 2000-2006 il valore del costo pro-capite per l'assistenza ai disabili risulta in aumento: dai 18,30 € del 2001 si passa ai 51,45 € del 2006. L'analisi regionale dell'indicatore per l'anno 2006 mostra una notevole variabilità a livello territoriale: i valori oscillano da un minimo di 20,48 € registrato nella P.A. di Trento ad un massimo di 86,56 € registrato nella regione Abruzzo. Nel biennio 2005-2006 si evidenzia la diminuzione del costo pro-capite delle regioni Valle D'Aosta, Campania, Puglia e Sardegna a fronte della crescita nelle restanti regioni.

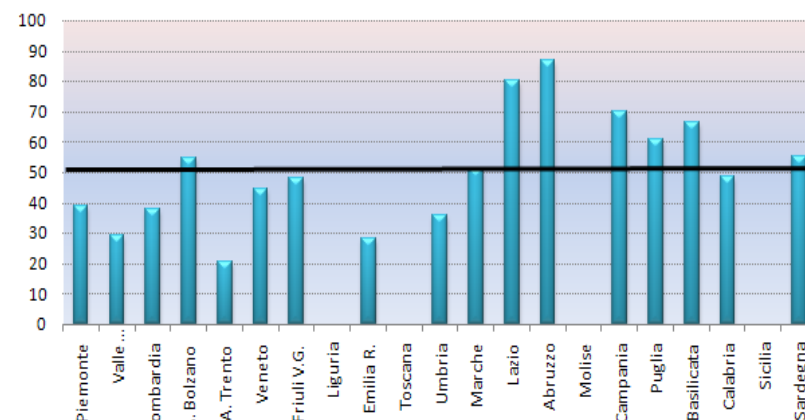
OSSERVAZIONI

Il costo, in crescita nel periodo considerato, segue complessivamente la tendenza del costo percentuale del livello di assistenza distrettuale nel triennio 2001-2003. Esso ne rappresenta circa il 4% (costo complessivo di assistenza ai disabili/costo complessivo del livello di assistenza distrettuale * 100). Esiste oggi un ampio consenso nel ritenere che la quantità di risorse che dovranno essere dedicate al livello aggregato per l'assistenza ai disabili sia destinata a crescere fortemente nel prossimo futuro. Questa previsione deriva da due ordini di considerazioni: da un lato il progressivo invecchiamento demografico che porterà ad una maggiore incidenza della cronicità e della disabilità; dall'altro lato, la progressiva ulteriore riduzione dell'estensione dei nuclei familiari e la crescente partecipazione femminile alla forza lavoro ridurranno la capacità delle famiglie di offrire al loro interno forme di assistenza "informale" ai disabili. A fronte di queste probabili tendenze evolutive sembra inevitabile prevedere che una maggiore quantità di risorse pubbliche e private saranno dedicate allo scopo.



	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo assistenza ai disabili	Pop. resid.
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in migliaia di Euro)	
Piemonte	29,3	34,9	39,0	169.186	4.341.733
Valle D'Aosta	29,3	33,2	29,0	3.600	123.978
Lombardia	27,9	34,9	37,7	357.373	9.475.202
P.A. Bolzano	53,2	53,9	54,5	26.326	482.650
P.A. Trento	19,1	20,0	20,5	10.292	502.478
Veneto	37,9	40,3	44,4	210.504	4.738.313
Friuli V.G.	38,9	45,6	47,8	57.724	1.208.278
Liguria	60,0	64,7	-	-	-
Emilia R.	22,2	22,4	28,1	117.479	4.187.557
Toscana	32,3	35,4	-	-	-
Umbria	26,3	28,2	35,9	31.135	867.878
Marche	46,7	46,5	51,2	78.221	1.528.809
Lazio	-	-	80,4	426.258	5.304.778
Abruzzo	68,2	69,9	86,6	112.989	1.305.307
Molise	49,0	39,9	-	-	-
Campania	86,9	82,1	69,7	403.742	5.790.929
Puglia	61,1	70,3	60,6	246.563	4.071.518
Basilicata	40,6	45,2	66,5	39.520	594.086
Calabria	26,9	29,7	48,5	97.144	2.004.415
Sicilia	37,5	39,9	-	-	-
Sardegna	54,3	59,0	54,9	90.835	1.655.677
ITALIA	42,6	45,7	51,4	2.478.891	48.183.586
Parametro di riferimento	42,6	45,7	51,4		

COSTO PRO-CAPITE PER L'ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE AI DISABILI
ANNO 2006



PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (per 1.000 ab.)

SIGNIFICATO

L'indicatore misura l'ammontare delle prestazioni erogate dagli ambulatori e dai laboratori separatamente per la diagnostica strumentale, le analisi di laboratorio e le restanti specialità. Nella diagnostica strumentale sono comprese tutte le prestazioni di diagnostica per immagini, sia di medicina nucleare che di radiologia diagnostica; nelle prestazioni di laboratorio sono incluse tutte le analisi cliniche e microbiologiche, la virologia, l'anatomia e l'istologia patologica, la genetica, l'immunoematologia e il servizio trasfusionale; nelle altre prestazioni sono comprese tutte le prestazioni erogate dagli ambulatori relative alle restanti branche specialistiche.

L'indicatore viene calcolato rapportando il numero di prestazioni erogate (rispettivamente per diagnostica, laboratorio e altre prestazioni) alla popolazione residente, espresso per 1.000 abitanti.

DESCRIZIONE RISULTATI

Il valore nazionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale per la diagnostica si attesta, per l'anno 2006, su 720 per mille abitanti. La Toscana, spicca con un valore di 990, mentre Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, E. Romagna e Lazio si collocano leggermente al di sopra della media nazionale; le restanti regioni si collocano al di sotto, e i valori più bassi si presentano per Molise e Basilicata.

Il volume di prestazioni di laboratorio è, a livello nazionale, di 9.685 per mille abitanti: il valore massimo si registra ancora in Toscana (12.783) seguita dalla P.A. di Trento (11.871) e dalla Valle d' Aosta (11.518) mentre il valore minimo appartiene al Molise (6.163); al di sotto del valore di riferimento nazionale tutte le regioni meridionali e insulari . Per quanto riguarda il volume di attività relativo alle altre prestazioni specialistiche, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Puglia e Calabria si attestano intorno al valore medio nazionale, pari a 3.757 per mille abitanti; i valori più alti si collocano nella P.A. Bolzano, in Liguria, nel Lazio e in Veneto e i più bassi in Umbria, Molise e Sicilia.

OSSERVAZIONI

La domanda espressa, di cui questo indicatore rappresenta un valido strumento di analisi, è fortemente influenzata dalla struttura demografica di ciascuna regione: proprio per questo motivo sarebbe opportuno, come del resto stabilito nel Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001, procedere ad una normalizzazione mediante pesatura della popolazione a denominatore, in modo da eliminare questo effetto confondente. Tuttavia, la determinazione del sistema di ponderazione risulta attualmente molto problematica, non essendo disponibili ad oggi rilevazioni con accettabile grado di attendibilità che consentano di valutare il ricorso all'assistenza specialistica in base al sesso e all'età.

Il grafico mostra l'andamento del trend dell'ultimo quadriennio: il volume di prestazioni di laboratorio si mostra in leggero ma costante aumento, la specialistica diagnostica, pur con qualche piccola variazione di anno in anno, si mantiene sostanzialmente stabile, mentre le altre prestazioni si presentano in calo.

Diagnostica

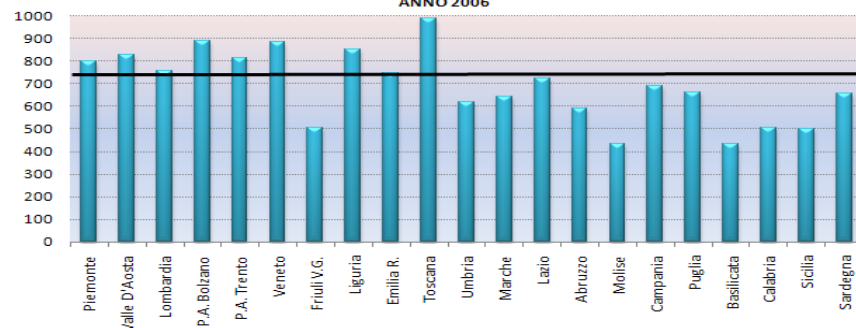
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Totale prestazioni	Popolazione residente
Piemonte	744	774	801	3.478.215	4.341.733
Valle D'Aosta	867	872	830	102.945	123.978
Lombardia	748	741	757	7.175.504	9.475.202
P.A. Bolzano	597	490	888	428.372	482.650
P.A. Trento	721	778	815	409.557	502.478
Veneto	852	910	885	4.192.601	4.738.313
Friuli V.G.	474	490	504	608.637	1.208.278
Liguria	536	726	850	1.367.922	1.610.134
Emilia R.	690	708	747	3.129.868	4.187.557
Toscana	655	786	990	3.583.644	3.619.872
Umbria	546	534	620	538.275	867.878
Marche	603	692	643	983.083	1.528.809
Lazio	592	440	723	3.833.111	5.304.778
Abruzzo	507	378	589	769.368	1.305.307
Molise	589	612	434	139.403	320.907
Campania	670	676	691	4.001.427	5.790.929
Puglia	507	618	661	2.690.387	4.071.518
Basilicata	435	463	433	257.387	594.086
Calabria	425	517	506	1.014.240	2.004.415
Sicilia	504	529	499	2.503.149	5.017.212
Sardegna	673	659	658	1.088.902	1.655.677
ITALIA	644	664	720	42.295.997	58.751.711
Parametro di riferimento	644	664	720		

Laboratorio

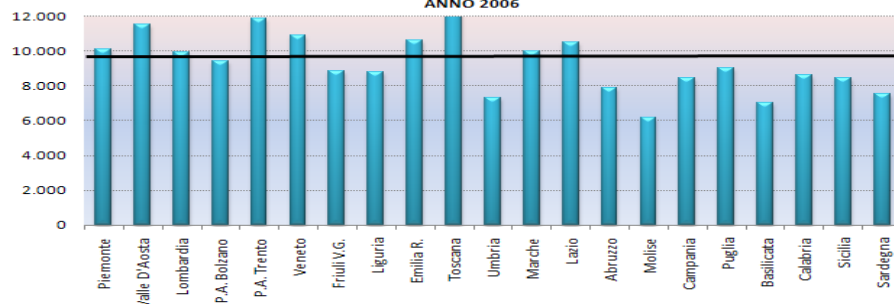
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Totale prestazioni	Popolazione residente
Piemonte	9.170	9.690	10.105	43.872.883	4.341.733
Valle D'Aosta	10.921	11.380	11.518	1.427.992	123.978
Lombardia	10.200	9.911	9.946	94.238.350	9.475.202
P.A. Bolzano	7.644	7.720	9.448	4.560.218	482.650
P.A. Trento	10.100	11.875	11.871	5.965.040	502.478
Veneto	10.006	10.822	10.897	51.633.594	4.738.313
Friuli V.G.	8.255	8.255	8.865	10.711.689	1.208.278
Liguria	5.342	7.463	8.813	14.190.873	1.610.134
Emilia R.	10.233	9.997	10.626	44.495.690	4.187.557
Toscana	9.363	10.498	12.783	46.271.356	3.619.872
Umbria	6.588	6.638	7.303	6.338.507	867.878
Marche	8.319	9.198	9.995	15.281.147	1.528.809
Lazio	8.141	6.054	10.482	55.603.214	5.304.778
Abruzzo	5.450	5.439	7.866	10.267.438	1.305.307
Molise	9.155	9.913	6.163	1.977.826	320.907
Campania	8.775	8.605	8.444	48.899.297	5.790.929
Puglia	5.026	7.991	9.045	36.828.111	4.071.518
Basilicata	6.320	6.754	7.019	4.170.112	594.086
Calabria	7.108	7.583	8.624	17.285.663	2.004.415
Sicilia	8.144	7.729	8.482	42.554.930	5.017.212
Sardegna	6.660	7.335	7.514	12.440.066	1.655.677
ITALIA	8.540	8.763	9.685	569.013.996	58.751.711
Parametro di riferimento	8.540	8.763	9.685		

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE (per 1.000 ab.)

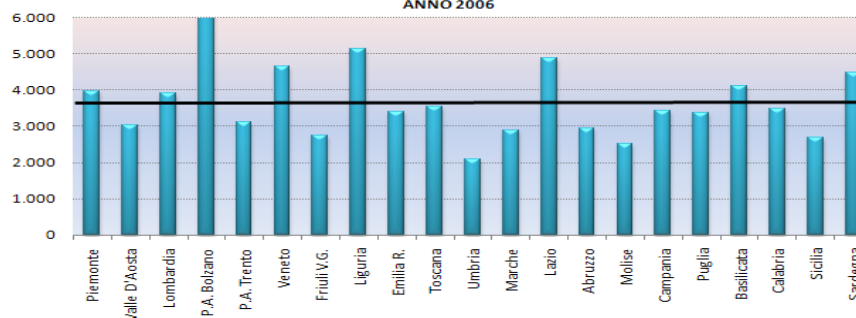
PRESTAZIONE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE
DIAGNOSTICA (per 1.000 abitanti)
ANNO 2006



PRESTAZIONE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE
LABORATORIO (per 1.000 abitanti)
ANNO 2006

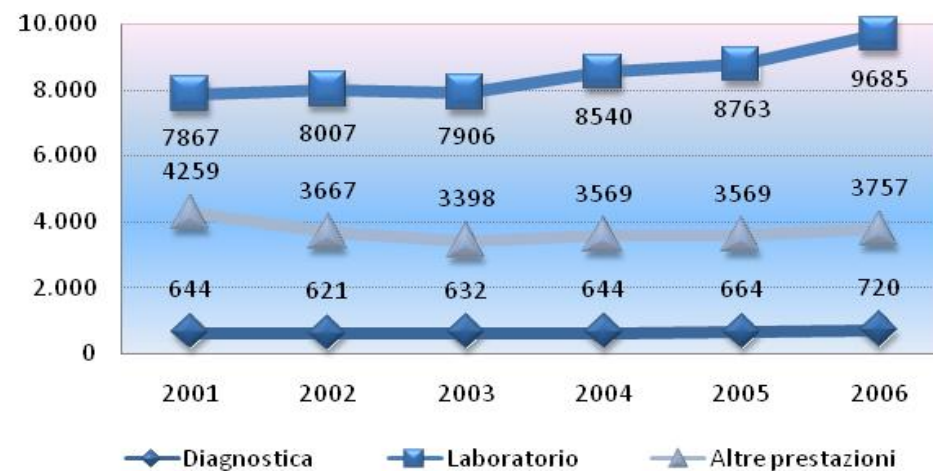


PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE
ALTRE PRESTAZIONI (per 1.000 abitanti)
ANNO 2006



Altre prestazioni

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Totale prestazioni	Popolazione residente
Piemonte	3.879	3.879	3.968	17.226.569	4.341.733
Valle D'Aosta	3.975	3.975	3.017	374.016	123.978
Lombardia	4.236	4.236	3.924	37.183.394	9.475.202
P.A. Bolzano	4.422	4.422	6.326	3.053.235	482.650
P.A. Trento	3.414	3.414	3.111	1.563.143	502.478
Veneto	4.672	4.672	4.655	22.055.924	4.738.313
Friuli V.G.	2.687	2.687	2.749	3.322.144	1.208.278
Liguria	4.090	4.090	5.138	8.273.102	1.610.134
Emilia R.	3.141	3.141	3.389	14.190.017	4.187.557
Toscana	3.246	3.246	3.550	12.852.111	3.619.872
Umbria	2.228	2.228	2.098	1.821.011	867.878
Marche	2.887	2.887	2.880	4.403.100	1.528.809
Lazio	3.231	3.231	4.871	25.839.292	5.304.778
Abruzzo	2.149	2.149	2.942	3.840.768	1.305.307
Molise	3.302	3.302	2.509	805.017	320.907
Campania	3.508	3.508	3.435	19.890.948	5.790.929
Puglia	3.576	3.576	3.363	13.692.189	4.071.518
Basilicata	4.129	4.129	4.120	2.447.770	594.086
Calabria	3.001	3.001	3.488	6.992.236	2.004.415
Sicilia	2.630	2.630	2.681	13.451.505	5.017.212
Sardegna	4.623	4.623	4.489	7.432.855	1.655.677
ITALIA	3.569	3.569	3.757	220.710.346	58.751.711
Parametro di riferimento	3.569	3.569	3.757		



COSTO DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E COSTO PRO-CAPITE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA

SIGNIFICATO

L'assistenza specialistica ambulatoriale è erogata dagli ambulatori specialistici, direttamente gestiti dalle ASL, e dagli ambulatori privati accreditati del SSN, con i quali sono stati stipulati accordi contrattuali, e si esplica attraverso l'erogazione di prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Il primo indicatore, costo dell'assistenza specialistica nell'ambito dell'assistenza distrettuale, è espresso come rapporto percentuale tra il costo erogato per l'assistenza specialistica ed il costo complessivo dell'assistenza distrettuale.

Il secondo indicatore, costo pro-capite dell'assistenza specialistica, è definito come rapporto tra il costo erogato per il livello di assistenza specialistica e la popolazione residente.

OSSERVAZIONI

La fonte è costituita dai modelli LA del sistema informativo sanitario. Si ricorda che le voci di costo relative agli anni 2001 e 2002 del modello LA sono state riclassificate secondo il nuovo modello previsto a partire dall'anno 2003 (D.M. del 18.06.2004). Si raccomanda dunque cautela nell'analisi del trend, per l'eventuale riclassificazione dei costi per tipologia di assistenza.

Costo dell'assistenza specialistica nell'ambito dell'assistenza distrettuale

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore %	Indicatore %	Indicatore %	Costo assistenza specialistica	Costo livello assistenza distrettuale
				(in migliaia di Euro)	(in migliaia di Euro)
Piemonte	36,5	34,0	34,4	1.362.258	3.955.228
Valle D'Aosta	36,6	34,2	34,4	42.575	123.696
Lombardia	25,7	27,8	28,7	2.157.562	7.523.905
P.A. Bolzano	30,6	35,9	39,6	201.811	509.596
P.A. Trento	20,7	21,1	21,8	105.566	483.166
Veneto	27,2	30,3	30,9	1.260.129	4.083.402
Friuli V.G.	22,2	25,4	25,1	263.078	1.047.522
Liguria	29,5	32,5	-	-	-
Emilia R.	27,6	30,5	32,0	1.262.084	3.940.320
Toscana	31,5	31,9	-	-	-
Umbria	28,9	30,1	29,6	217.966	736.068
Marche	32,0	31,9	31,9	425.397	1.333.552
Lazio	-	-	23,2	1.256.586	5.425.656
Abruzzo	16,2	17,0	15,0	154.080	1.030.290
Molise	19,6	26,1	-	-	-
Campania	20,0	20,9	21,7	996.994	4.585.988
Puglia	24,9	25,0	26,3	850.072	3.227.726
Basilicata	22,2	24,9	25,9	127.417	492.358
Calabria	16,1	20,4	19,9	303.546	1.526.860
Sicilia	14,1	20,2	-	-	-
Sardegna	21,7	19,0	18,8	232.903	1.241.285
ITALIA	27,5	29,5	30,1	11.220.025	37.311.390
Parametro di riferimento	27,5	29,5	30,1		

Costo pro-capite dell'assistenza specialistica

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo specialistica	Pop. resid.
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in migliaia di Euro)	
Piemonte	296,5	288,4	313,8	1.362.258	4.341.733
Valle D'Aosta	325,2	315,1	343,4	42.575	123.978
Lombardia	183,1	213,5	227,7	2.157.562	9.475.202
P.A. Bolzano	294,0	371,5	418,1	201.811	482.650
P.A. Trento	179,6	189,1	210,1	105.566	502.478
Veneto	200,0	244,4	265,9	1.260.129	4.738.313
Friuli V.G.	162,4	203,8	217,7	263.078	1.208.278
Liguria	262,7	322,5	-	-	-
Emilia R.	227,3	271,9	301,4	1.262.084	4.187.557
Toscana	255,9	269,8	-	-	-
Umbria	220,0	241,0	251,1	217.966	867.878
Marche	255,3	255,9	278,3	425.397	1.528.809
Lazio	-	-	236,9	1.256.586	5.304.778
Abruzzo	122,5	135,8	118,0	154.080	1.305.307
Molise	141,6	215,2	-	-	-
Campania	143,5	165,9	172,2	996.994	5.790.929
Puglia	171,8	189,8	208,8	850.072	4.071.518
Basilicata	156,8	190,6	214,5	127.417	594.086
Calabria	103,3	148,8	151,4	303.546	2.004.415
Sicilia	111,3	149,1	-	-	-
Sardegna	162,0	145,7	140,7	232.903	1.655.677
ITALIA	190,2	217,1	232,9	11.220.025	48.183.586
Parametro di riferimento	190,2	217,1	232,9		

COSTO DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E COSTO PRO-CAPITE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA

DESCRIZIONE RISULTATI

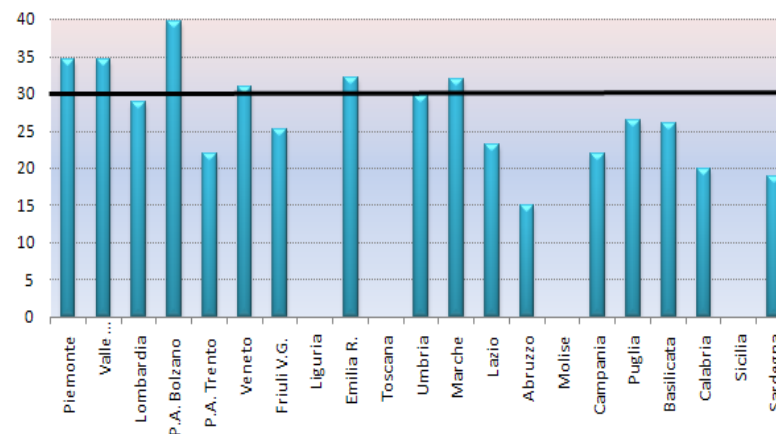
Per quanto concerne il primo indicatore, dall'analisi dei dati si può osservare una notevole variabilità regionale intorno al valore nazionale osservato (30,1 %) nel 2006.

L'incidenza è relativamente bassa nelle regioni meridionali e più alta nelle regioni settentrionali: i valori più alti, superiori al 34 %, si osservano nella P.A. di Bolzano, in Valle d'Aosta ed in Piemonte, mentre i valori più bassi si collocano in Abruzzo (15 %), Sardegna (18,8 %) ed in Calabria (19,9 %). A livello nazionale dall'analisi del trend si osserva una lieve crescita dell'indicatore, aumentando di oltre cinque punti percentuali nel passaggio dal 2001 (24,5%) al 2006 (30,1%). In riferimento al costo totale dei 3 livelli di assistenza, l'assistenza specialistica ne rappresenta circa il 12%. Dall'analisi dei dati del secondo indicatore, si può osservare, anche in questo caso, una notevole variabilità regionale intorno al valore medio nazionale pari a 232,86 € a persona.

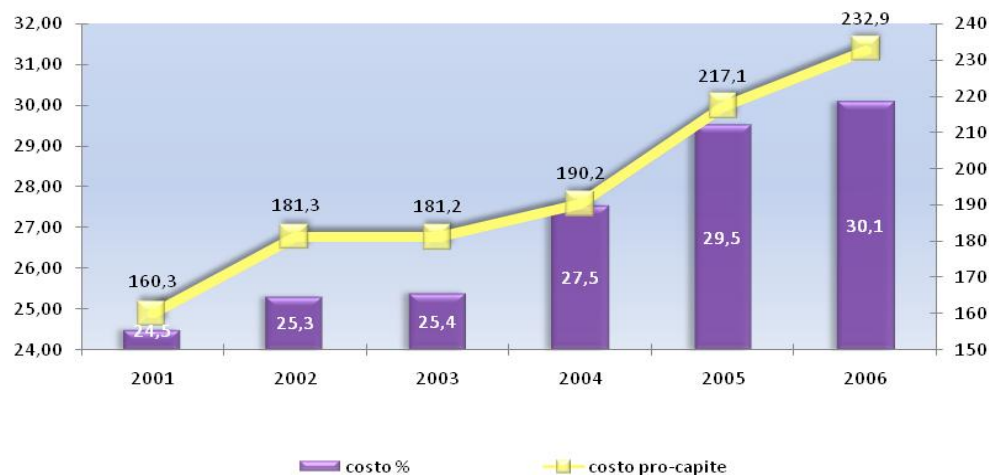
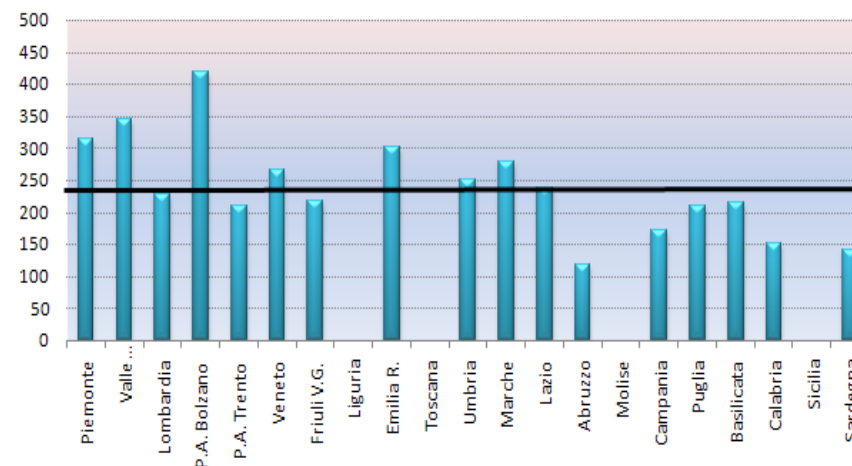
I valori più elevati si osservano in alcune regioni del centro e del nord Italia, quali la P.A. di Bolzano (€ 418,13), Valle d'Aosta (€ 343,41) e Piemonte (€ 313,76); uniche eccezioni nel settentrione sono rappresentate dalla P.A. di Trento con 210,09 € e dal Friuli Venezia Giulia (217,73 €), che si collocano al di sotto della media nazionale. I valori più bassi si riscontrano al sud e al centro, in Abruzzo (€ 118,04), Sardegna (€ 140,67) e Calabria (€ 151,44).

Il trend dell'ultimo triennio mostra un incremento del costo pro-capite dell'assistenza specialistica, passando da un valore di circa 190 euro nel 2004 a circa 233 euro nel 2006, coerentemente con l'aumento della relativa spesa sanitaria nazionale e del tasso d'inflazione.

COSTO PERCENTUALE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE - ANNO 2006



COSTO PRO-CAPITE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA (in Euro) - ANNO 2006



PERCENTUALE DI DONNE SOTTOPOSTE A SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE - PAP-TEST E MAMMOGRAFIA

SIGNIFICATO

Lo screening rappresenta una delle aree strategiche della prevenzione dei tumori, in quanto consente di diagnosticare la neoplasia prima della sua manifestazione clinica ed incide pertanto, in modo significativo, sulla mortalità. Secondo le raccomandazioni internazionali il pap test effettuato con frequenza triennale nelle donne di età compresa tra 25 e 64 anni è efficace per individuare le lesioni preinvasive dei tumori del collo dell'utero e la mammografia bilaterale effettuata nelle donne di età compresa tra 50 e 69 anni con frequenza biennale è efficace per individuare i tumori del seno. Si precisa che, per il calcolo dell'indicatore, gli intervalli di età della popolazione bersaglio, sono 25-65 anni per il pap-test e 45-69 anni per la mammografia. In considerazione delle raccomandazioni sulla periodicità dello screening, si osserva che, per raggiungere la copertura totale della popolazione femminile a rischio, sarebbe sufficiente una copertura annuale del 33% circa per il pap test e del 50% circa per lo screening mammografico.

OSSERVAZIONI

Negli ultimi anni numerosi provvedimenti hanno evidenziato la crescente tutela e garanzia istituzionale nei confronti della prevenzione attiva di alcune patologie neoplastiche. Già la Legge Finanziaria 2001 aveva definito come esenti da ticket la mammografia, l'esame citologico cervico-vaginale e la colonscopia (ogni cinque anni, per la popolazione di età superiore a 45 anni e la popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del Ministro della Salute); quindi gli screening per il tumore al seno, alla cervice uterina ed al colon retto sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza con DPCM 29/11/2001. Anche il PSN 2003-2005 investe notevolmente sulla prevenzione, in particolare su quella secondaria dei tumori succitati e nell'aprile 2004 è stato siglato un accordo Stato-Regioni (Cernobbio 2004) che contiene il Piano di Prevenzione Attiva con 4 elementi strategici, uno dei quali è proprio lo screening dei tumori indicati nella risoluzione del Parlamento Europeo e nella Raccomandazione del Consiglio d'Europa.

La Legge 138/2004 impegna il Paese a colmare il gap esistente tra la popolazione obiettivo e quella che realmente partecipa agli screening oncologici. Un apposito gruppo di lavoro ha approntato uno specifico programma operativo (Piano per lo screening del cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto) con i seguenti obiettivi generali: estendere i programmi organizzati di screening superando gli squilibri tra aree del Paese; promuovere la partecipazione consapevole allo screening della popolazione che può beneficiarne; garantire la qualità dei programmi organizzati di screening. Infine l'Intesa Stato-Regioni del marzo 2005 riporta il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 che prevede, tra l'altro, risorse finalizzate agli screening oncologici dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, al fine di implementare i programmi organizzati a livello regionale.

% donne sottoposte a pap-test

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
				Donne effett. pap test età 25-65 anni	Popolazione femminile 25-65 anni
Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore		
Piemonte	11,6	12,2	12,6	158.216	1.252.562
Valle D'Aosta	21,0	21,6	23,5	8.414	35.830
Lombardia	2,6	6,8	5,5	151.437	2.771.492
P.A. Bolzano	44,1	41,8	41,9	56.286	134.176
P.A. Trento	24,3	27,1	25,7	36.497	142.227
Veneto	25,4	10,9	12,3	169.352	1.373.634
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	10,6	7,9	8	36.400	458.236
Emilia R.	19,5	17,5	17,4	209.532	1.206.909
Toscana	12,2	12,3	14	141.382	1.044.379
Umbria	16,7	17,6	17,2	42.096	245.173
Marche	16,2	15,4	13,9	59.269	427.057
Lazio	8	5	5,0	78.712	1.584.504
Abruzzo	9,7	14,7	14,3	52.273	365.135
Molise	5,4	3,7	9	7.870	87.066
Campania	6,6	2,3	5,7	92.410	1.609.743
Puglia	5,7	5,2	7,8	89.658	1.151.593
Basilicata	23,9	n.d.	n.d.	45.628	161.950
Calabria	6,8	6,7	10,0	54.868	549.856
Sicilia (a)	10,4	7,5	7	99.010	1.392.806
Sardegna	9,5	5,6	8,1	39.587	491.093
ITALIA	10,9	9,0	9,9	1.628.897	16.485.421
Parametro di riferimento	10,9	9,0	9,9		

Nota: a) dati incompleti

% donne sottoposte a mammografia

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
				Donne effett. mammografia età 45-69 anni	Popolazione femminile 45-69 anni
Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore		
Piemonte	14,4	14,6	19,6	143.828	735.060
Valle D'Aosta	28,1	26,7	42,4	8.436	19.911
Lombardia	19,2	23,2	20,5	316.821	1.543.851
P.A. Bolzano	24,7	11,8	22,8	15.881	69.611
P.A. Trento	15,4	17,8	23,2	18.018	77.540
Veneto	29,3	16,7	23,5	176.431	751.233
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	19,3	16,1	16	46.202	284.376
Emilia R.	30,7	30,8	30,2	206.614	684.092
Toscana	21,1	22,7	22	131.457	608.754
Umbria	25,7	25,2	24,9	35.290	141.508
Marche	17,6	18,9	15,1	36.797	243.294
Lazio	15	11	10,6	92.850	876.804
Abruzzo	7,9	15,6	7,7	15.623	202.856
Molise	11,4	5,9	15	7.480	49.150
Campania	5,0	5,3	2,2	17.793	822.277
Puglia	8,7	7,3	14,3	88.321	617.795
Basilicata	21,3	n.d.	n.d.	20.741	88.665
Calabria	4,7	12,2	15,2	44.450	293.113
Sicilia	8,2	11,2	5	40.514	755.184
Sardegna	14,3	5,2	9,5	25.355	267.487
ITALIA	16,6	16,0	16,3	1.488.902	9.132.561
Parametro di riferimento	16,6	16,0	16,3		

Fonte dei dati e note

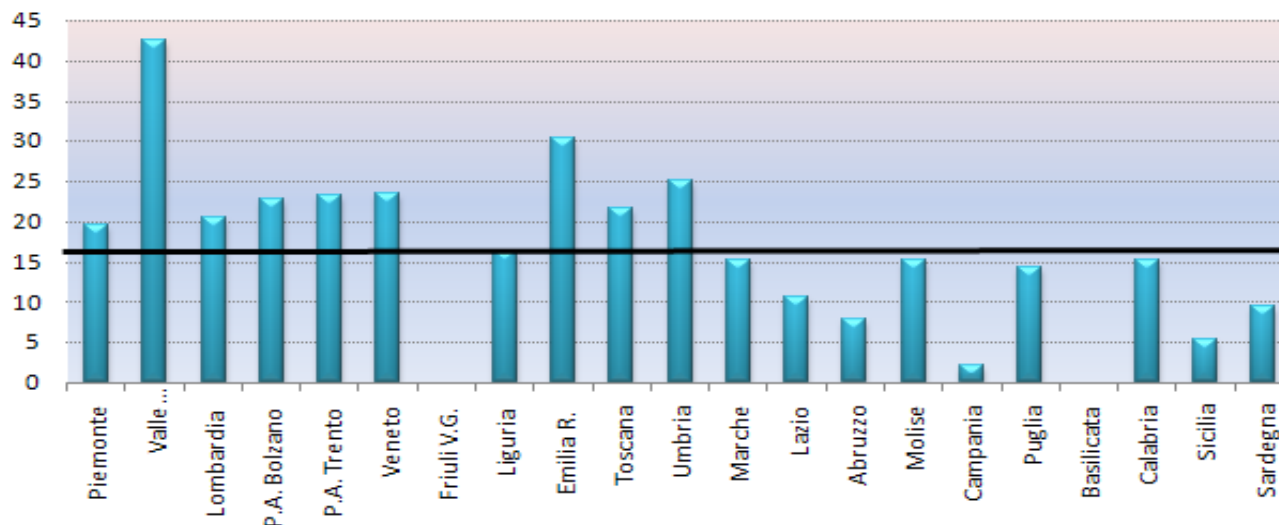
Ministero della salute

PERCENTUALE DI DONNE SOTTOPOSTE A SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE - PAP-TEST E MAMMOGRAFIA

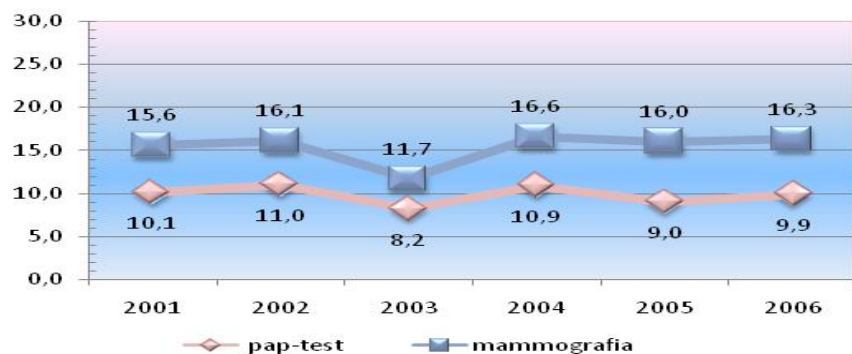
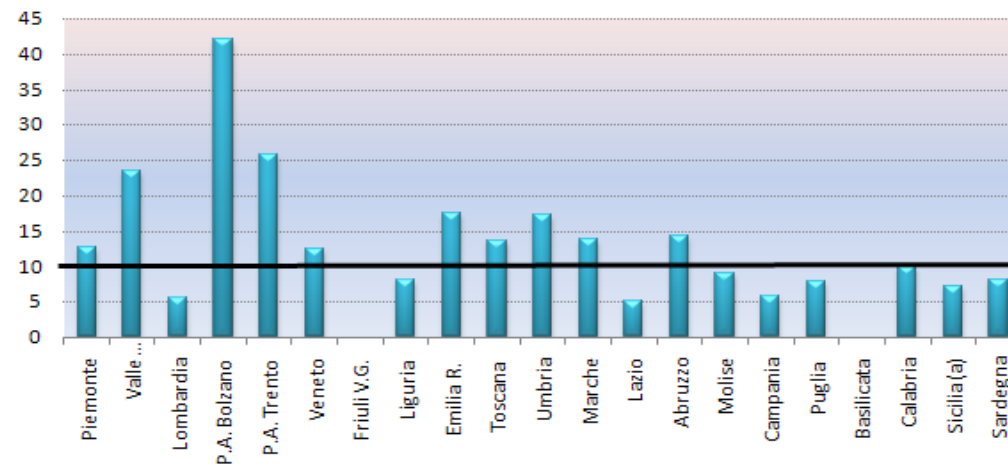
DESCRIZIONE RISULTATI

L'interpretazione dei seguenti risultati richiede cautela a causa della mancata completezza dei dati relativi agli screening a livello regionale e della diversa qualità delle informazioni raccolte. Nel periodo 2001-2006 si osserva, a livello nazionale, un sostanziale mantenimento della percentuale di donne che hanno effettuato prestazioni gratuite per la prevenzione dei tumori femminili con valori minimi per mammografia e pap-test registrati nel corso del 2003 e valori massimi nell'anno successivo. A livello regionale si osservano, dal 2005 al 2006, valori crescenti degli indicatori in Valle d'Aosta, Puglia, Calabria, Molise e Sardegna dove è in aumento l'adesione della popolazione femminile alle attività di screening. In ogni caso, anche considerando la periodicità raccomandata dei test, la percentuale di donne che effettuano accertamenti per la diagnosi precoce non raggiunge i valori consigliati. Per entrambi gli screening è evidente una certa disomogeneità territoriale con una maggiore partecipazione della popolazione femminile delle regioni del centro-nord. In particolare nel 2006 l'indicatore relativo al pap test si discosta positivamente dal valore nazionale (pari a 9,9%) in 11 regioni mentre quello della mammografia (valore nazionali pari a 16,3%) è positivo in 9 regioni.

PERCENTUALE DI DONNE SOTTOPOSTE A SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI MAMMOGRAFIA - ANNO 2006



PERCENTUALE DI DONNE SOTTOPOSTE A SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI PAP-TEST - ANNO 2006



SIGNIFICATO

In Italia l'assistenza psichiatrica è un servizio fornito dall'Azienda sanitaria mediante i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), strutture organizzative ed operative istituite in seguito all'emanazione del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale" 1994-1996 con la finalità di coordinare ed erogare tutte le prestazioni territoriali ed ospedaliere in materia di assistenza psichiatrica. I DSM infatti assicurano la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e la promozione della salute mentale del cittadino attraverso una rete di offerta sanitaria costituita da un centro di salute mentale, un servizio psichiatrico di diagnosi e di cura e un centro diurno.

L'indicatore in esame misura il consumo di giornate di trattamento residenziale e semiresidenziale per patologie psichiatriche ed è calcolato sulla popolazione residente con età ≥ 18 anni e dipende dalla organizzazione dei DSM e dalla copertura territoriale della rete di offerta.

DESCRIZIONE RISULTATI

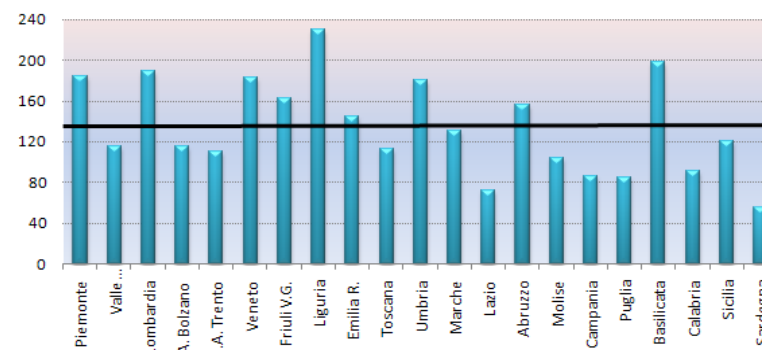
Nel periodo 1999-2006 il consumo di giornate residenziali e semiresidenziali di assistenza psichiatrica per 1.000 abitanti maggiorenni residenti è aumentato di circa il 40% attestandosi negli ultimi due anni oltre le 130 giornate di assistenza. Nel triennio 2004-2006 le giornate erogate sono aumentate in gran parte le regioni, ad eccezione di Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Veneto, Liguria, Umbria, Molise e Puglia. Si conferma anche per l'anno 2006 una certa disomogeneità a livello regionale nel consumo di giornate di assistenza psichiatrica, probabilmente per effetto della diversa dislocazione dei servizi sul territorio. Nove regioni presentano valori superiori alle 136 giornate per mille abitanti (valore nazionale), precisamente Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo e Basilicata.

OSSERVAZIONI

La distribuzione quantitativa di tutti i servizi dei DSM soddisfa gli standard tendenziali nazionali, con valori superiori per i Centri di salute mentale, i Centri Diurni e le Strutture residenziali (pubbliche e private convenzionate), mentre disomogenea sul territorio appare la dotazione di risorse umane messe in campo e la qualità degli interventi fra le varie Regioni e all'interno di ciascuna regione. A fronte di problematiche tuttora aperte riguardanti l'accesso all'assistenza a favore dei pazienti psichiatrici, col PSN 2006-2008 è stata istituita, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale per la salute mentale che opera in coordinamento con la Consulta nazionale per la salute mentale. Nel contempo la Commissione igiene e sanità del Senato, ha avviato un'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti-obiettivo per la tutela della salute mentale. Anche a livello internazionale il tema della salute mentale è stato, di recente, più volte richiamato nei programmi di health policy. Nella Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa, sottoscritta ad Helsinki nel gennaio 2005, è stato definito un piano d'azione che impegna i paesi sottoscrittori a porre in atto, entro i prossimi cinque anni, "una politica e una legislazione capaci di offrire, nel settore della salute mentale, attività in grado di migliorare il benessere dell'intera popolazione, prevenire i problemi di salute mentale e stimolare l'inclusione e la partecipazione attiva di coloro che soffrono di problemi di salute mentale".

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Giorn. strutt. resid. semir.	Popolazione ≥18 anni
Piemonte	168	176	184	680.897	3.695.289
Valle D'Aosta	112	127	115	12.009	104.463
Lombardia	161	182	189	1.496.956	7.934.853
P.A. Bolzano	134	111	115	44.352	384.664
P.A. Trento	75	74	110	45.188	411.022
Veneto	191	189	182	721.140	3.952.855
Friuli V.G.	93	151	163	168.286	1.034.538
Liguria	93	264	230	321.010	1.395.608
Emilia R.	107	116	145	515.709	3.568.258
Toscana	81	116	113	348.326	3.091.504
Umbria	202	195	180	132.831	736.690
Marche	97	118	131	168.409	1.286.986
Lazio	54	44	72	316.286	4.413.795
Abruzzo	144	138	156	169.924	1.090.402
Molise	126	108	103	27.632	267.712
Campania	73	71	86	391.564	4.545.739
Puglia	93	112	84	276.492	3.282.508
Basilicata	102	194	198	96.618	486.802
Calabria	21	86	91	147.624	1.621.432
Sicilia	113	114	121	484.004	4.014.786
Sardegna	43	51	55	76.358	1.390.064
ITALIA	114	130	136	6.641.615	48.709.970
Parametro di riferimento	114	130	136		

GIORNATE IN STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA (ogni 1.000 abitanti di età ≥ 18) - ANNO 2006



PERCENTUALE DI ANZIANI TRATTATI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

SIGNIFICATO

L'ADI è la formula assistenziale attraverso cui più figure professionali sanitarie e sociali realizzano a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo. L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo rispetto all'ospedale, in particolare per l'anziano. L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL, da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni; il medico di base è il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente. Le prestazioni erogate in assistenza domiciliare sono di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e socio-assistenziale, per cui l'ADI è caratterizzata da vari gradi, a seconda delle specifiche necessità della persona che la richiede: socio - assistenziale (I° livello), sanitario (II° livello), o integrante entrambi i livelli (III° livello). L'indicatore, calcolato sulla popolazione ultrasessantacinquenne residente, misura la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL. La percentuale di anziani trattati dipende fortemente dalla completezza della rete socioassistenziale, dal livello di integrazione dei servizi socio-sanitari e delle professionalità necessarie per effettuare la valutazione multidimensionale ed elaborare piani di assistenza individuali.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel periodo 1999-2006 la quota di popolazione ultrasessantacinquenne trattata in assistenza domiciliare è aumentata dall'1,8% al 3,6%. Nel triennio 2004-2006 si rileva un incremento di trattamenti domiciliari in quasi tutte le regioni, in particolare in Friuli V.G., Veneto, Molise ed Abruzzo, mentre si osserva una lieve riduzione percentuale in Puglia e Campania dove l'indicatore è costantemente inferiore al valore nazionale di riferimento (3,6% nel 2006). In generale, valori tendenzialmente più bassi dell'indicatore si osservano nelle regioni del Sud, ad eccezione del Molise, in cui già negli anni si rileva una notevole attenzione all'assistenza domiciliare per gli anziani, al pari di Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto. Per la lettura dei risultati è importante sottolineare la carenza di alcuni dati relativi alla Valle d'Aosta e a Trento.

Fonte dei dati e note

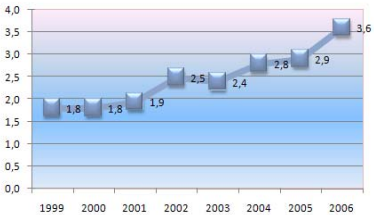
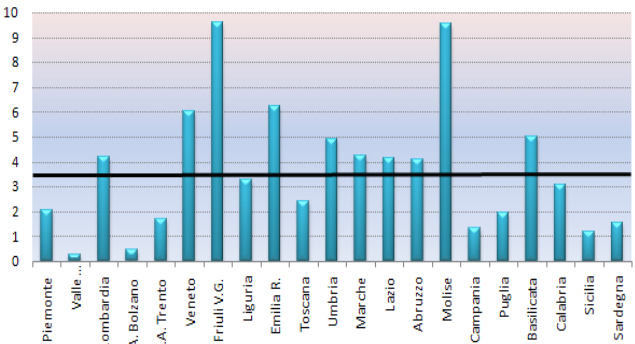
OSSERVAZIONI

Ai fini dell'attuazione delle raccomandazioni dell'OMS in materia di cure domiciliari per la popolazione anziana il completamento della rete socio-assistenziale è un passo fondamentale. Nel PSN 2006-2008 si ribadisce che partendo dall'esperienza di questi anni e dall'esperienza internazionale, che sta individuando quale priorità in tutta Europa un incremento delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, l'obiettivo prioritario che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio è la garanzia per l'anziano non autosufficiente della permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato. Conseguentemente è necessario lavorare in collaborazione con le istituzioni e i gruppi formali ed informali, che concorrono all'assistenza per l'ottimizzazione degli interventi di propria competenza, per un miglioramento delle componenti di cura e di assistenza al fine di ampliare le condizioni di appropriatezza. La domiciliarizzazione delle cure è oggi patrimonio culturale comune e stigma dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali per varie ragioni, tra cui la concentrazione delle patologie acute nell'ospedale, la conseguente razionalizzazione dei posti letto e l'opportunità di contenere la spesa sanitaria attraverso cure domiciliari, effettuate in un contesto preferibile per il paziente anziano.

Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	N. anziani trattati in ADI	Popolazione >= 65 anni
Piemonte	1,9	1,8	2,0	19.890	974.014
Valle D'Aosta	0,2	0,2	0,3	66	25.032
Lombardia	3,5	3,3	4,2	76.641	1.841.882
P.A. Bolzano	0,3	0,3	0,4	357	80.014
P.A. Trento	-	0,8	1,7	1.572	94.088
Veneto	4,4	5,1	6,0	54.556	908.936
Friuli V.G.	7,8	8,0	9,6	26.133	272.512
Liguria	1,2	3,2	3,2	13.858	426.866
Emilia R.	5,0	5,4	6,2	59.093	951.401
Toscana	2,8	2,1	2,4	20.092	840.439
Umbria	2,5	4,2	4,9	9.881	202.039
Marche	2,7	3,4	4,2	14.595	345.099
Lazio	3,9	3,4	4,1	41.719	1.014.196
Abruzzo	3,7	1,8	4,1	11.314	277.723
Molise	6,8	6,1	9,5	6.723	70.496
Campania	1,2	1,4	1,3	11.785	886.485
Puglia	1,3	2,0	1,9	13.556	703.049
Basilicata	4,1	3,9	5,0	5.873	117.946
Calabria	1,2	1,6	3,1	11.252	366.541
Sicilia	0,8	0,8	1,2	10.701	901.884
Sardegna	0,7	1,1	1,5	4.496	291.693
ITALIA	2,8	2,9	3,6	414.153	11.592.335
Parametro di riferimento	2,8	2,9	3,6		

PERCENTUALE DI ANZIANI TRATTATI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
ANNO 2006



SIGNIFICATO

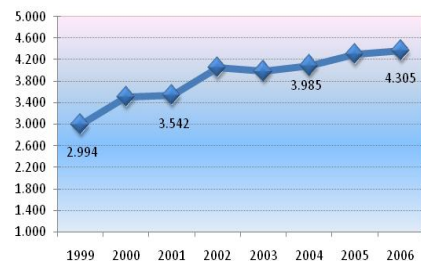
Le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani si diversificano notevolmente con la finalità di soddisfare la diversa natura e tipologia dei bisogni della popolazione ultrasessantacinquenne, che sono complessi e articolati in molteplici aspetti, da quello propriamente sanitario e di recupero funzionale a quello socio-assistenziale, fino all'aspetto di accoglienza/assistenza alberghiera, non trascurabile in una popolazione considerata 'fragile'. Tali strutture costituiscono punti della rete dei servizi sanitari e socioassistenziali da attivare anche in relazione alla valutazione multidimensionale effettuata sui singoli soggetti a livello distrettuale da equipe multidisciplinari. L'indicatore considera solo le giornate di degenza erogate dalle strutture con una prevalente attività sanitaria, censite dal Sistema informativo sanitario ministeriale. Rientrano in questa categoria le residenze sanitarie assistenziali (RSA) che sono definite nel DPCM 22 dicembre 1989, concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali, quali strutture extraospedaliere finalizzate a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti, che non possono essere assistite a domicilio e che richiedono trattamenti continui. Alla luce di quanto sopra, l'indicatore calcolato sulla popolazione residente, risente fortemente della distribuzione territoriale delle suddette strutture.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel periodo 1999-2006 si osserva, a livello nazionale, un incremento del 46% delle giornate di degenza erogate dalle strutture semiresidenziali e residenziali di assistenza alla popolazione anziana. Si rileva una notevole disomogeneità a livello regionale, con un visibile gradiente Nord-Sud ed un notevole sviluppo di questa tipologia di assistenza agli anziani nella P.A. di Trento (17.427). Nel 2006 le giornate di degenza erogate agli anziani, espresse ogni 1.000 residenti ultrasessantacinquenni, variano da meno di 500 giornate nelle regioni del sud del Paese (a parte la Calabria) a valori superiori alle 8.000 giornate in Lombardia, nelle Province di Trento e Bolzano e in Veneto. Il valore nazionale è di 4.370 giornate di degenza nelle strutture semiresidenziali e residenziali di assistenza).

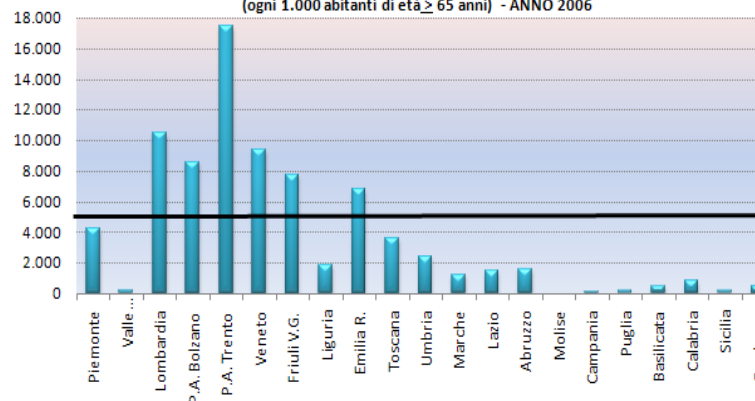
OSSERVAZIONI

In considerazione della significativa variabilità regionale relativa all'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza agli anziani non autosufficienti o con gravi disabilità fisiche o psichiche, in cui siano pertanto organizzati servizi sociosanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, uno degli obiettivi strategici richiamati nei diversi Piani Sanitari Nazionali (ultimo quello 2006-2008) è proprio il corretto dimensionamento delle suddette strutture in relazione ai bisogni della popolazione e alle valutazioni multidimensionali effettuate a livello distrettuale. Inoltre, la diversa tipologia di strutture attualmente esistenti sul territorio nazionale e il diverso peso e impegno delle attività assistenziali che vi vengono erogate, hanno costituito il razionale di due progetti, conclusi nel 2007, e finalizzati allo sviluppo del nuovo sistema informativo sanitario (Progetto Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale), relativi il primo alla classificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali, il secondo alle prestazioni erogate, con l'obiettivo quest'ultimo di costruire un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale e di realizzare un flusso informativo nazionale sulla residenzialità. Il D.M. 17/12/2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" dà attuazione al progetto appena descritto.



	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	gg. assistenza anziani	Popolazione >= 65 anni
Piemonte	3.244	4.088	4.215	4.105.317	974.014
Valle D'Aosta	-	-	199	4.971	25.032
Lombardia	10.259	10.363	10.491	19.323.522	1.841.882
P.A. Bolzano	8.650	8.793	8.551	684.219	80.014
P.A. Trento	18.006	19.053	17.427	1.639.651	94.088
Veneto	9.394	9.375	9.335	8.484.570	908.936
Friuli V.G.	7.311	7.887	7.733	2.107.457	272.512
Liguria	1.557	1.599	1.823	778.045	426.866
Emilia R.	6.690	7.240	6.834	6.501.714	951.401
Toscana	3.072	3.471	3.571	3.000.792	840.439
Umbria	2.296	2.482	2.399	484.764	202.039
Marche	1.105	1.147	1.150	396.900	345.099
Lazio	1.115	1.001	1.482	1.503.105	1.014.196
Abruzzo	439	752	1.567	435.223	277.723
Molise	-	-	-	-	-
Campania	24	55	121	107.156	886.485
Puglia	50	143	182	128.041	703.049
Basilicata	210	181	470	55.492	117.946
Calabria	752	707	810	296.762	366.541
Sicilia	134	202	188	169.457	901.884
Sardegna	100	434	479	139.676	291.693
ITALIA	4.086	4.305	4.370	50.346.834	11.521.839
Parametro di riferimento	4.086	4.305	4.370		

GIORNATE IN STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI
(ogni 1.000 abitanti di età ≥ 65 anni) - ANNO 2006



COSTO PRO-CAPITE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE, SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE AGLI ANZIANI

SIGNIFICATO

La valutazione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria rivolta alla popolazione anziana rappresenta un tema delicato e sempre più emergente a fronte di un progressivo invecchiamento demografico e ad un aumento della sopravvivenza che ormai da diversi anni caratterizza il nostro paese.

L'indicatore di costo è espresso dal rapporto tra il costo sostenuto dalle regioni e la popolazione residente di età maggiore o uguale a 65 anni. Nel costo sono ricomprese le attività domiciliari e le attività sanitarie e sociosanitarie erogate presso strutture residenziali e esemiresidenziali (RSA, strutture protette, altro).

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel corso del periodo 2001-2006 l'incidenza percentuale del costo a livello nazionale risulta costantemente in crescita: dai 188,69€ del 2001 si passa ai 296,60 del 2006. L'analisi della distribuzione regionale registra una notevole variabilità. I valori più elevati si osservano nelle regioni settentrionali quali, la Provincia autonoma di Bolzano (1.161,77€), la Provincia autonoma di Trento (1.130,58€), il Veneto (576,47€) e la Lombardia (466,08€). I valori più bassi vengono registrati nelle regioni meridionali, in particolare in Basilicata (26,66€), in Sardegna (30,79€), in Puglia (41,19€) ed in Campania (59,25€).

In controtendenza all'andamento nazionale, nel biennio 2005-2006, si segnala una diminuzione del costo pro-capite dell'assistenza indicata, nelle regioni Piemonte, Valle D'Aosta, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna. Non si dispone dei dati relativi a Liguria, Toscana, Molise e Sicilia.

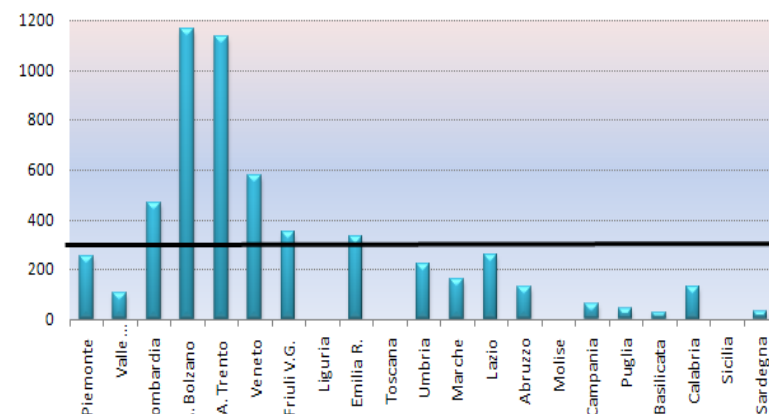
OSSERVAZIONI

L'erogazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitarie alle persone anziane non autosufficienti, pur se in crescita negli ultimi anni, è ancora una caratteristica limitata ad alcune realtà territoriali. Riflette principalmente la dislocazione delle strutture residenziali sul territorio e necessita di una programmazione finalizzata che da una parte sostiene e promuove la cura domiciliare dall'altro dispone con maggiore efficienza la riconversione o la predisposizione di strutture dedicate per i soggetti che non è possibile seguire a domicilio.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo ass. anziani	Pop. >= 65 anni
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	(in migliaia di Euro)	
Piemonte	231,9	263,9	250,7	244.141	974.014
Valle D'Aosta	126,6	140,6	105,0	2.629	25.032
Lombardia	450,3	438,0	466,1	858.468	1.841.882
P.A. Bolzano	1087,8	1144,8	1161,8	92.958	80.014
P.A. Trento	1035,9	1051,7	1130,6	106.374	94.088
Veneto	507,4	520,5	576,5	523.977	908.936
Friuli V.G.	288,1	320,7	350,4	95.494	272.512
Liguria	179,4	187,4	-	-	-
Emilia R.	304,7	318,1	328,1	312.172	951.401
Toscana	231,2	225,4	-	-	-
Umbria	209,4	214,6	219,8	44.409	202.039
Marche	140,9	140,2	162,0	55.919	345.099
Lazio	-	-	256,1	259.708	1.014.196
Abruzzo	161,3	177,1	129,4	35.942	277.723
Molise	54,0	82,1	-	-	-
Campania	66,1	59,5	59,2	52.522	886.485
Puglia	48,8	50,1	41,2	28.958	703.049
Basilicata	24,9	29,3	26,7	3.144	117.946
Calabria	169,6	169,6	131,5	48.213	366.541
Sicilia	179,5	175,8	-	-	-
Sardegna	45,5	50,5	30,8	8.980	291.693
ITALIA	265,8	270,3	296,6	2.774.009	9.352.650
Parametro di riferimento	265,8	270,3	296,6		



COSTO PRO-CAPITE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE, SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE, AGLI ANZIANI (in euro) - ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE

SIGNIFICATO

L'indicatore rappresenta una valida e sintetica misura di monitoraggio dei costi sostenuti per l'erogazione del livello distrettuale. La sua analisi nel tempo e nello spazio consente valutazioni importanti circa la distribuzione delle risorse tra i 3 livelli di assistenza. L'indicatore è dato dal rapporto (espresso in termini percentuali) tra il costo per il livello di assistenza distrettuale e il costo totale per l'erogazione di tutti i livelli di assistenza. Nel livello di assistenza distrettuale sono comprese le seguenti attività sanitarie e sociosanitarie:

- l'assistenza sanitaria di base e la pediatria di libera scelta, compresa la continuità assistenziale;
- l'emergenza sanitaria territoriale;
- l'assistenza farmaceutica convenzionata, erogata attraverso le farmacie territoriali;
- l'assistenza integrativa;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'assistenza protesica;
- l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare;
- l'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale che include le attività sanitarie e sociosanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti, alle persone con problemi psichiatrici, ai soggetti con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali, ai soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o da alcool, ai pazienti nella fase terminale, ai soggetti con infezione da HIV;

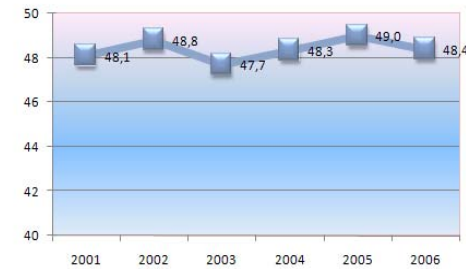
DESCRIZIONE RISULTATI

Nel corso del periodo 2001-2006 l'incidenza percentuale del costo a livello nazionale risulta tendenzialmente stabile con valori che oscillano tra il 48% ed il 49%; in particolare per l'anno 2006 l'indicatore registra una diminuzione passando dal 49% dell'anno 2005 al 48,4%. Nell'analisi della distribuzione regionale valori pari o superiori al 50% si registrano in Emilia Romagna (52,9%) ed in Piemonte (50,2%). I valori più bassi si riscontrano in Abruzzo (42,3%) ed in Valle D'Aosta (42,5%). La variabilità territoriale di questo indicatore può dipendere da molteplici fattori in quanto al suo interno giocano effetti diversi dovuti all'incidenza dei costi dell'assistenza di base, dell'assistenza farmaceutica e della specialistica. Le ultime due componenti (si vedano le schede relative) sono a forte variabilità territoriale.

Fonte dei dati e note

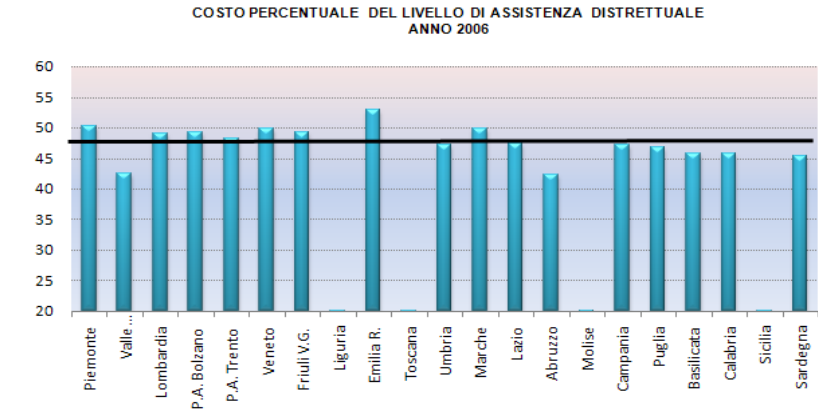
OSSERVAZIONI

Nonostante le indicazioni nazionali che promuovono di intensificare e riconvertire una parte delle risorse alle attività distrettuali con interventi volti alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere, la situazione risulta stabile se non in controtendenza.



Ministero della salute

	ANNO 2004			ANNO 2005		ANNO 2006		
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo livello assistenza distrettuale	Costo totale dei livelli di assistenza	Costo livello assistenza distrettuale	Costo totale dei livelli di assistenza	
				(in migliaia di Euro)	(in migliaia di Euro)			
Piemonte	47,0	49,5	50,2	3.955.228	7.876.013			
Valle D'Aosta	49,0	47,4	42,5	123.696	290.950			
Lombardia	50,5	50,7	49,0	7.523.905	15.369.395			
P.A. Bolzano	48,4	50,5	49,3	509.596	1.034.237			
P.A. Trento	50,5	50,5	48,1	483.166	1.004.829			
Veneto	47,7	49,2	49,8	4.083.402	8.194.248			
Friuli V.G.	45,8	47,9	49,2	1.047.522	2.129.712			
Liguria	49,2	53,8	-	-	-			
Emilia R.	50,7	53,3	52,9	3.940.320	7.455.161			
Toscana	50,3	51,2	-	-	-			
Umbria	48,9	49,0	47,2	736.068	1.560.310			
Marche	50,4	50,6	49,9	1.333.552	2.673.698			
Lazio	-	-	47,4	5.425.656	11.440.220			
Abruzzo	49,4	45,8	42,3	1.030.290	2.435.263			
Molise	43,2	40,0	-	-	-			
Campania	44,4	45,8	47,0	4.585.988	9.747.662			
Puglia	48,1	47,9	46,7	3.227.726	6.911.684			
Basilicata	47,5	47,1	45,7	492.358	1.076.974			
Calabria	42,7	47,5	45,7	1.526.860	3.338.379			
Sicilia	49,8	46,5	-	-	-			
Sardegna	47,4	44,9	45,3	1.241.285	2.741.294			
	0,0	0,0	0,0					
ITALIA	48,3	49,0	48,4	41.266.618	85.280.029			
Parametro di riferimento	48,3	49,0	48,4					



PERCENTUALE DI RICOVERI IN TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

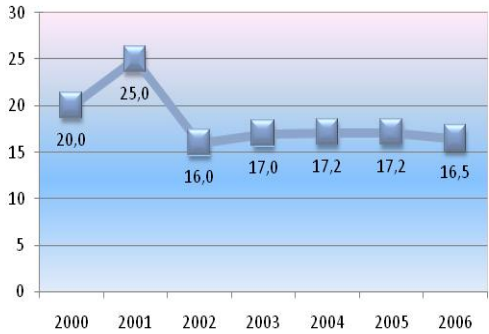
SIGNIFICATO

Il ricovero ospedaliero, anche per i pazienti con patologia psichiatrica, è di norma volontario e viene effettuato, come la prevenzione e la riabilitazione, nei presidi e nei servizi extra-ospedalieri operanti nel territorio. Qualora vi siano “alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici”, persistendo il rifiuto delle cure da parte del soggetto, può essere richiesto il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), che può essere attuato presso qualsiasi struttura territoriale di salute mentale, e anche a domicilio del paziente; nel caso in cui si reputi necessaria la degenza ospedaliera, il TSO viene eseguito presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) istituiti presso gli ospedali. L'indicatore, calcolato utilizzando la variabile "tipo di ricovero" della scheda di dimissione ospedaliera e costruito come rapporto percentuale tra il numero di ricoveri di tipo TSO e il numero totale dei ricoveri per acuti, misura indirettamente l'efficacia dei servizi territoriali nella presa in carico del paziente psichiatrico ed è utile per monitorare l'adeguamento della rete di offerta sanitaria ai bisogni assistenziali di questa tipologia di pazienti.

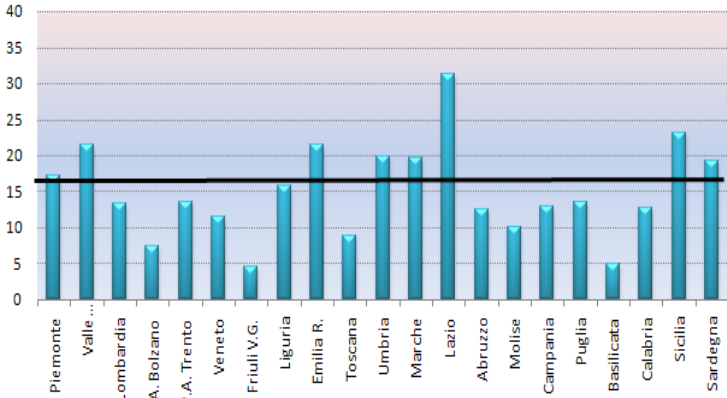
DESCRIZIONE RISULTATI

Nel periodo 2002-2006 il numero di ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio effettuati nelle strutture pubbliche e private accreditate in regime ordinario è sostanzialmente stabile. Infatti dopo il massimo rilevato nel 2001 con tasso dello 0,25%, nell'ultimo quinquennio l'indicatore si è stabilizzato al di sotto del livello dello 0,20%. L'osservazione dei valori relativi al triennio 2004-2006 rivela lievi diminuzioni dell'indicatore in ben dieci Regioni della penisola. Nel 2006, si evidenziano valori superiori a quello nazionale di riferimento in sette Regioni, Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Lazio, Sicilia, Sardegna ed infine Marche ed Umbria che dal 2004 registrano un trend in aumento del tasso. L'informazione relativa ai TSO va interpretata con cautela in quanto alcune variazioni tra un anno e l'altro sembrerebbero attribuibili principalmente a problemi di qualità della variabile, più che a variazioni reali del fenomeno.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	n. ricoveri tipo TSO	n. totale ricoveri (*)
Piemonte	17,0	18,0	17,2	798	463.876
Valle D'Aosta	23,0	25,0	21,5	30	13.974
Lombardia	14,0	14,0	13,2	1.767	1.338.847
P.A. Bolzano	14,0	8,0	7,3	54	74.052
P.A. Trento	10,0	9,0	13,5	72	53.313
Veneto	12,0	13,0	11,4	652	570.263
Friuli V.G.	6,0	5,0	4,6	70	153.043
Liguria	10,0	13,0	16	339	215.625
Emilia R.	17,0	28,0	21,5	1.278	594.513
Toscana	9,0	8,0	9	378	434.551
Umbria	13,0	19,0	19,8	223	112.368
Marche	17,0	16,0	19,6	395	201.279
Lazio	37	31	31,2	2.487	796.525
Abruzzo	13,0	11,0	12,5	312	248.780
Molise	11,0	9,0	10	59	59.393
Campania	14,0	16,0	12,8	1.044	812.956
Puglia	16,0	16,0	13,5	848	629.318
Basilicata	5,0	6,0	4,8	33	68.632
Calabria	13,0	12,0	12,7	351	275.986
Sicilia	20,0	20,0	23	1.633	707.148
Sardegna	23,0	21,0	19,1	449	235.167
ITALIA	17,2	17,2	16,5	13.272	8.059.609
Parametro di riferimento	17,2	17,2	16,5		



PERCENTUALE DI RICOVERI IN TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO ANNO 2006



SIGNIFICATO

Gli indicatori basati sui ricoveri, espressi per 100.000 abitanti, per asma, diabete e scompenso cardiaco, misurano indirettamente la risposta dei servizi sanitari territoriali e la presa in carico di pazienti con patologie cronico-degenerative. Come noto, la prevalenza del diabete e dello scompenso cardiaco nella popolazione generale è andata progressivamente aumentando negli anni sia in relazione all'invecchiamento demografico che all'aumentata sopravvivenza, determinata anche dal miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. L'asma bronchiale, riconosciuta come malattia sociale dal 1999, è invece una delle patologie più frequenti in età pediatrica, e un'importante causa di mortalità in questa fascia di popolazione. Il ricovero ospedaliero determinato da manifestazioni acute o complicanze di queste patologie può essere evitato attraverso una gestione integrata delle attività di prevenzione, diagnosi e cura, in grado di esaurire il percorso assistenziale di questi pazienti nella rete dei servizi territoriali; pertanto l'indicatore fornisce una misura proxy dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con patologie croniche governati a livello territoriale.

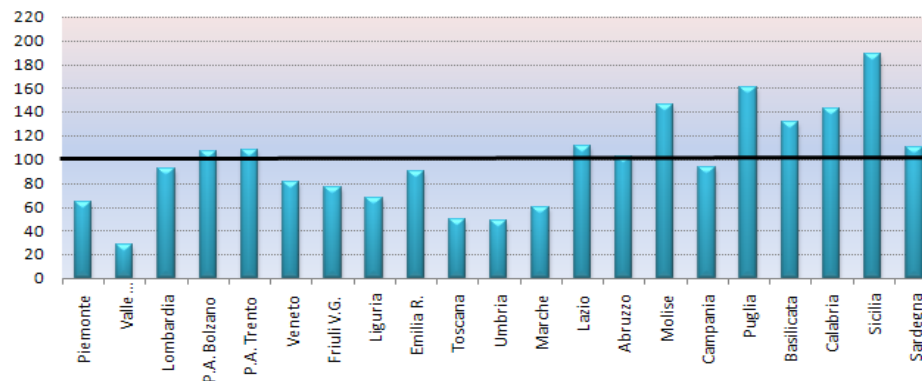
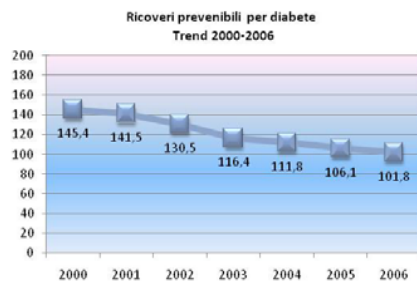
Ricoveri prevenibili per diabete*

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimezzi	Popolazione residente
Piemonte	73,5	64,2	63,5	2.756	4.341.733
Valle D'Aosta	36,1	22,8	28,2	35	123.978
Lombardia	96,3	93,5	92,1	8.723	9.475.202
P.A. Bolzano	117,0	117,8	107,1	517	482.650
P.A. Trento	118,4	108,5	107,3	539	502.478
Veneto	103,8	106,2	80,4	3.810	4.738.313
Friuli V.G.	81,0	86,4	76,3	922	1.208.278
Liguria	88,6	79,9	67,4	1.086	1.610.134
Emilia R.	87,2	93,3	90,2	3.779	4.187.557
Toscana	57,0	55,4	49,9	1.807	3.619.872
Umbria	72,1	51,8	48,5	421	867.878
Marche	61,1	55,0	59,7	913	1.528.809
Lazio	116,6	105,6	110,6	5.868	5.304.778
Abruzzo	129,0	115,1	102,6	1.339	1.305.307
Molise	139,6	117,7	145,5	467	320.907
Campania	101,0	93,5	93,0	5.385	5.790.929
Puglia	172,5	155,6	160,1	6.518	4.071.518
Basilicata	149,6	132,1	130,8	777	594.086
Calabria	164,2	151,4	143,1	2.868	2.004.415
Sicilia	199,0	198,3	188,4	9.451	5.017.212
Sardegna	125,1	118,0	109,8	1.818	1.655.677
ITALIA	111,8	106,1	101,8	59.799	58.751.711
Parametro di riferimento	111,8	106,1	101,8		

(*) Ricoveri ovunque effettuati dai residenti della regione

L'indicatore è calcolato per la diagnosi di diabete (cod. 250.xx)

RICOVERI PREVENIBILI PER DIABETE DEGENZA ORDINARIA (per 100.000 abitanti) - ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

DESCRIZIONE RISULTATI

L'osservazione del trend dei ricoveri per diabete, insufficienza cardiaca e asma nel periodo 2000-2006 evidenzia, a livello nazionale, una tendenza alla riduzione per diabete e asma, con una diminuzione nel periodo superiore al 30%, mentre aumenta invece (+18%) l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco. L'analisi delle distribuzioni regionali dei ricoveri per patologie prevenibili mostra, nel 2006, una importante disomogeneità regionale:

► il tasso di ospedalizzazione per diabete presenta un'ampia variabilità, da un minimo di 28,23 (Valle d'Aosta) ad un massimo di 188,37 ricoveri per 100.000 abitanti (Sicilia) con 10 regioni che presentano valori superiori a quello medio nazionale (pari a 101,78) e una maggiore propensione al ricovero nelle regioni del Sud;

► comportamenti analoghi si rilevano nei tassi di ospedalizzazione per asma, che oscillano da un minimo di 18,51 (P.A. Trento) a un massimo di 57,81 ricoveri per 100.000 residenti (Campania), con 10 regioni, prevalentemente del Sud, che superano il valore medio nazionale (pari a 37,08);

► al contrario, l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco, che mostra un incremento nel tempo, non evidenzia questo gradiente nord sud, pur rilevandosi una discreta variabilità intorno al valore nazionale di 345,68 ricoveri per 100.000 abitanti, con il valore minimo dell'indicatore pari a 256 ricoveri circa in Sardegna e il valore massimo corrispondente a 530,37 dimessi per 100.000 residenti in Molise.

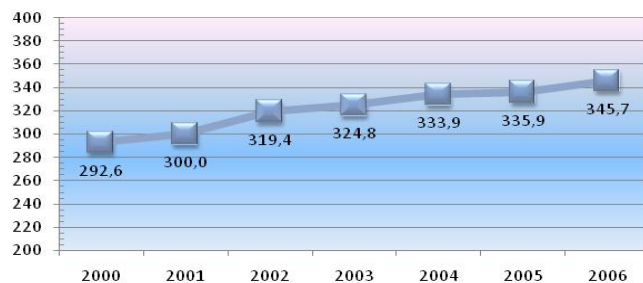
Ricoveri prevenibili per scompenso cardiaco

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi	Popolazione residente
Piemonte	244,0	256,9	256,8	11.148	4.341.733
Valle D'Aosta	318,7	271,0	280,7	348	123.978
Lombardia	315,8	318,1	332,1	31.466	9.475.202
P.A. Bolzano	292,8	284,9	295,2	1.425	482.650
P.A. Trento	305,0	337,7	357,8	1.798	502.478
Veneto	354,5	343,4	356,9	16.912	4.738.313
Friuli V.G.	506,5	476,0	480,0	5.800	1.208.278
Liguria	406,7	421,9	416,5	6.707	1.610.134
Emilia R.	439,7	429,2	430,2	18.015	4.187.557
Toscana	422,1	446,5	430,2	15.571	3.619.872
Umbria	353,9	325,8	357,9	3.106	867.878
Marche	461,4	465,4	466,0	7.125	1.528.809
Lazio	311,3	309,8	339,0	17.982	5.304.778
Abruzzo	365,8	369,8	396,3	5.173	1.305.307
Molise	516,6	506,0	530,4	1.702	320.907
Campania	249,6	257,0	260,9	15.106	5.790.929
Puglia	304,0	307,9	324,9	13.227	4.071.518
Basilicata	351,1	361,3	357,2	2.122	594.086
Calabria	361,5	381,8	386,1	7.740	2.004.415
Sicilia	322,2	310,3	326,6	16.384	5.017.212
Sardegna	229,9	247,7	256,0	4.238	1.655.677
ITALIA	333,9	335,9	345,7	203.095	58.751.711
Parametro di riferimento	333,9	335,9	345,7		

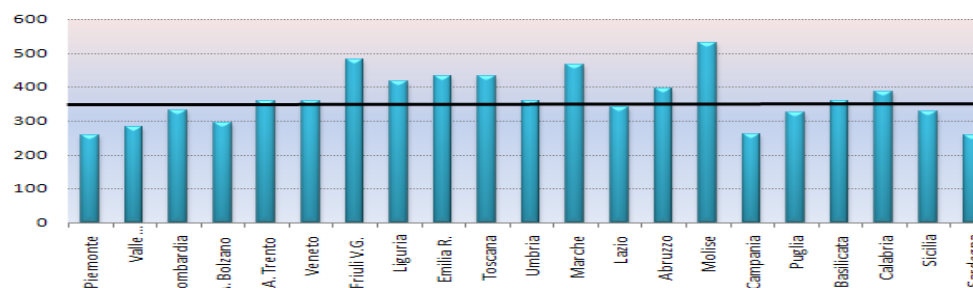
(*) Ricoveri ovunque effettuati dai residenti della regione

L'indicatore è calcolato per la diagnosi di scompenso cardiaco (cod. 428.xx)

Ricoveri prevenibili per scompenso cardiaco
Trend 2000-2006



RICOVERI PREVENIBILI PER SCOMPENSO CARDIACO (per 100.000 abitanti)
ANNO 2006



RICOVERI PREVENIBILI PER DIABETE - ASMA - SCOMPENSO CARDIACO

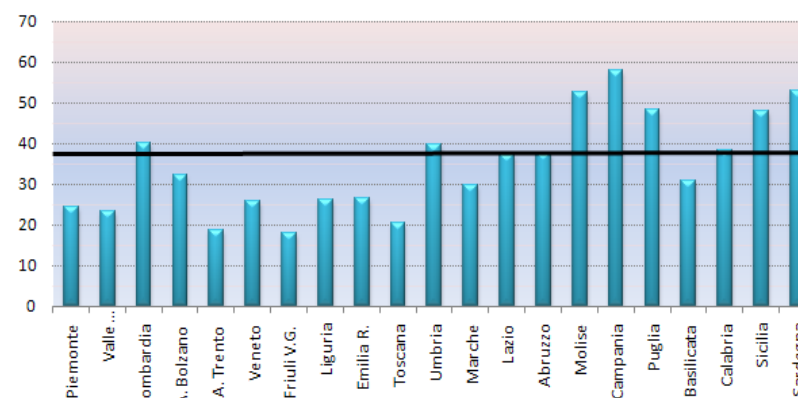
Ricoveri prevenibili per asma

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi	Popolazione residente
Piemonte	29,0	28,2	24,3	1.053	4.341.733
Valle D'Aosta	23,8	19,5	23,4	29	123.978
Lombardia	44,5	42,0	40,0	3.793	9.475.202
P.A. Bolzano	42,4	39,4	32,1	155	482.650
P.A. Trento	26,5	27,3	18,5	93	502.478
Veneto	34,1	32,2	25,8	1.222	4.738.313
Friuli V.G.	15,9	19,5	18,0	217	1.208.278
Liguria	36,5	30,7	26	417	1.610.134
Emilia R.	29,0	30,2	26,5	1.108	4.187.557
Toscana	23,6	24,5	20	735	3.619.872
Umbria	40,8	37,8	39,6	344	867.878
Marche	32,4	29,8	29,6	453	1.528.809
Lazio	42	40	37,1	1.970	5.304.778
Abruzzo	55,2	50,1	37,5	489	1.305.307
Molise	50,4	48,5	53	169	320.907
Campania	58,1	61,7	57,8	3.348	5.790.929
Puglia	50,0	49,9	48,2	1.964	4.071.518
Basilicata	40,7	31,0	30,6	182	594.086
Calabria	43,2	41,3	38,1	763	2.004.415
Sicilia	56,1	45,2	48	2.405	5.017.212
Sardegna	59,0	59,0	52,9	876	1.655.677
ITALIA	41,9	40,1	37,1	21.785	58.751.711
Parametro di riferimento	41,9	40,1	37,1		

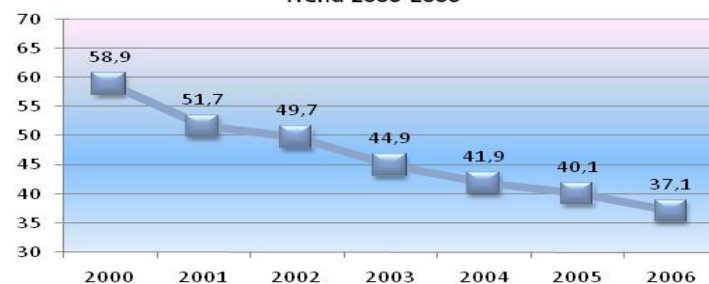
(*) Ricoveri ovunque effettuati dai residenti della regione

L'indicatore è calcolato per la diagnosi di asma (cod. 493.xx)

RICOVERI PREVENIBILI PER ASMA (per 100.000 abitanti)
ANNO 2006



Ricoveri prevenibili per asma
Trend 2000-2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO E GREZZO (per 1.000 abitanti)

SIGNIFICATO

Il tasso di ospedalizzazione descrive la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse realtà regionali, rendendo possibile un confronto più accurato. Gli indicatori vengono calcolati distintamente per i ricoveri in regime ordinario e in day hospital: in primo luogo, le due modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera presentano caratteristiche sostanzialmente diverse, sia dal punto di vista amministrativo che da quello organizzativo e clinico; inoltre, è importante poter confrontare i due volumi di attività, per poter effettuare valutazioni in termini di programmazione sanitaria e di appropriatezza dell'assistenza erogata.

OSSERVAZIONI

La riduzione del numero di ricoveri ospedalieri in modalità ordinaria verificatosi negli ultimi anni è stata ampiamente bilanciata da un notevole incremento di prestazioni di ricovero diurno. Rispetto al parametro di riferimento (160 per 1.000) i tassi di ospedalizzazione delle regioni meridionali risultano ancora molto elevati, probabilmente per la mancanza di forme di assistenza sanitaria alternative al ricovero tradizionale. Ricondurre al suo originale e appropriato ruolo l'ospedale per acuti significa rivalutare la medicina territoriale, soprattutto quella di base, e consente una migliore e più idonea cura della cronicità.

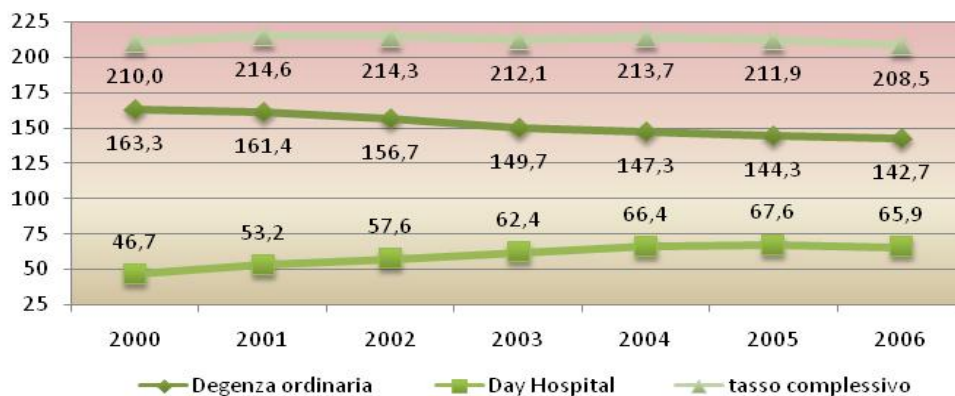
(*) Discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza

(1) Popolazione censimento ISTAT 2001

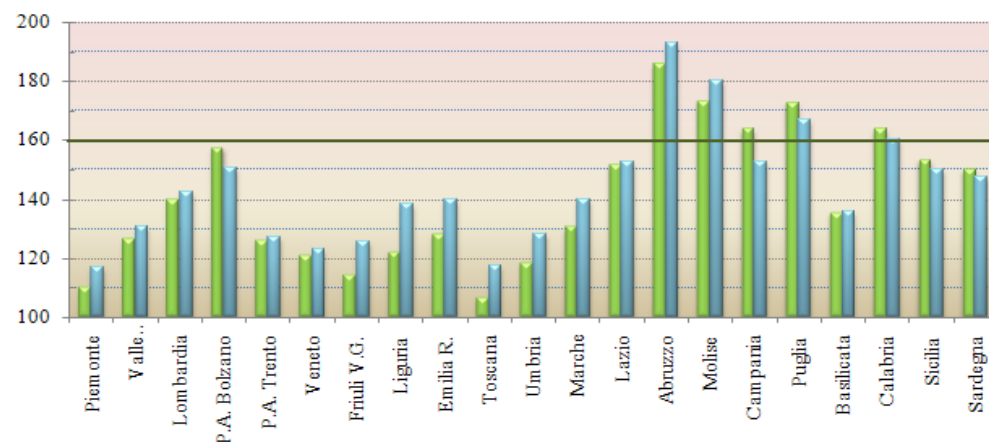
Regime ordinario*

Regione di residenza	ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006	
	Tasso Standard.(1)	Tasso grezzo	Tasso Standard.(1)	Tasso grezzo	Tasso Standard.(1)	Tasso grezzo
	Indicatore		Indicatore		Indicatore	
Piemonte	113,25	119,77	110,96	117,83	109,95	117,07
Valle D'Aosta	128,89	132,34	127,68	131,40	126,50	130,56
Lombardia	144,63	146,12	141,71	143,58	139,91	142,18
P.A. Bolzano	167,29	159,34	161,48	154,06	157,38	150,53
P.A. Trento	130,87	131,36	128,50	129,13	126,15	127,19
Veneto	126,54	127,91	124,01	125,68	120,89	122,99
Friuli V.G.	114,42	124,97	115,61	126,37	114,45	125,65
Liguria	128,77	145,26	125,46	142,57	121,94	138,49
Emilia R.	131,57	143,18	129,26	140,78	128,21	139,84
Toscana	113,43	124,09	109,76	120,63	106,52	117,26
Umbria	124,73	134,05	120,67	130,10	118,39	127,87
Marche	134,40	143,03	131,82	140,76	130,45	139,72
Lazio	156,31	156,35	154,26	154,53	151,59	152,51
Abruzzo	196,60	202,96	194,41	201,21	185,60	193,07
Molise	179,89	185,49	177,40	183,56	173,16	180,21
Campania	167,32	154,91	164,58	152,68	163,62	152,56
Puglia	172,15	165,18	170,17	163,89	172,41	166,94
Basilicata	146,96	145,65	138,19	137,98	135,43	135,77
Calabria	172,75	166,76	165,37	160,87	163,72	160,27
Sicilia	164,66	160,08	155,35	151,49	153,15	150,07
Sardegna	166,42	160,44	161,63	157,08	150,15	147,25
ITALIA	145,78	147,32	142,34	144,31	140,23	142,65
Parametro di riferimento	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE
Trend 2000 - 2006 (valore nazionale)



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE - REGIME ORDINARIO
ANNO 2006



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO E GREZZO (per 1.000 abitanti)

DESCRIZIONE RISULTATI

Il D.M. 12 dicembre 2001, rifacendosi all'art. 1 L.23/12/1996 n° 662, stabilisce un valore di 160 dimessi per degenza ordinaria e day hospital ogni 1.000 abitanti per il tasso di ospedalizzazione grezzo. Successivamente, nell'intesa fra Stato e Regioni sancita il 23 marzo 2005 il legislatore ha previsto come nuovo parametro di riferimento complessivo per degenza ordinaria e day hospital, per le discipline per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza, un tasso di ospedalizzazione pari al 180 per 1.000 abitanti, di cui il 20 % circa in regime diurno. È stato concordato, inoltre, di mettere in atto provvedimenti volti a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e a potenziare forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero, per diminuire l'assistenza ospedaliera erogata e ricondursi entro il 2007 al di sotto della soglia di riferimento stabilita. Dall'esame dei dati emerge che il trend degli ultimi anni mostra una netta tendenza alla diminuzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario ed un maggior ricorso alle prestazioni in day hospital.

Il tasso di ospedalizzazione complessivo (ordinario e day hospital), tuttavia, si mantiene pressoché costante, e comunque ben al di sopra del parametro di riferimento fissato nonostante un lieve abbassamento registrato nel 2006.

I valori più elevati si presentano nella P.A. di Bolzano e nelle regioni di Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria, Campania e Sicilia per il regime ordinario, in Liguria, Sicilia, Lazio, Campania e Basilicata per il Day Hospital.

Con l'eccezione della P.A. di Bolzano, il tasso di ospedalizzazione in regime ordinario è maggiore nel sud Italia, mentre per il day hospital si osserva una notevole variabilità da regione a regione con tassi leggermente più contenuti nel Nord.

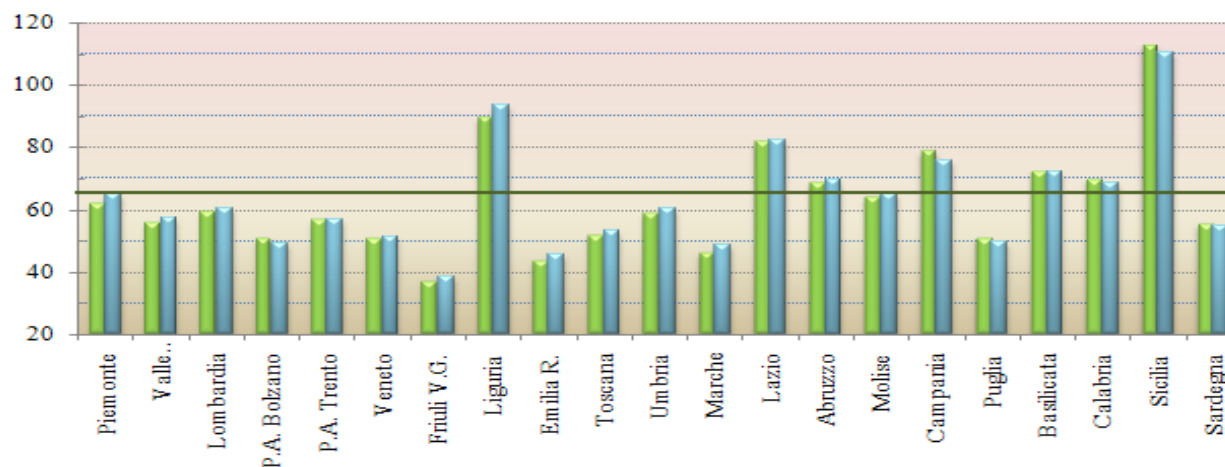
(*) Discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza

(1) Popolazione censimento ISTAT 2001

Regime Day hospital*

Regione di residenza	ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006	
	Tasso Standard.(1)	Tasso grezzo	Tasso Standard.(1)	Tasso grezzo	Tasso Standard.(1)	Tasso grezzo
	Indicatore		Indicatore		Indicatore	
Piemonte	60,61	63,59	60,41	63,52	61,65	64,91
Valle D'Aosta	54,41	56,06	54,58	56,28	55,52	57,41
Lombardia	60,75	61,68	60,54	61,58	59,06	60,20
P.A. Bolzano	46,05	45,11	49,59	48,43	50,62	49,27
P.A. Trento	55,38	55,57	55,14	55,34	56,61	56,77
Veneto	57,04	57,66	54,07	54,71	50,69	51,31
Friuli V.G.	37,38	38,83	37,12	38,39	36,87	38,13
Liguria	97,17	104,08	97,74	105,01	89,18	93,67
Emilia R.	50,48	53,36	46,01	48,31	43,67	45,50
Toscana	51,99	53,30	52,02	53,22	51,87	52,94
Umbria	65,15	68,25	60,64	63,20	58,56	60,48
Marche	45,54	47,72	45,64	47,97	46,01	48,49
Lazio	85,44	85,68	94,72	95,08	81,71	82,05
Abruzzo	69,93	70,69	71,00	71,91	68,55	69,68
Molise	56,15	56,32	61,37	61,73	63,85	64,76
Campania	74,88	71,71	78,96	75,51	78,59	75,44
Puglia	43,79	42,05	48,46	46,82	50,84	49,43
Basilicata	66,15	65,53	67,33	67,01	72,28	72,15
Calabria	63,41	61,91	66,08	64,82	69,60	68,38
Sicilia	105,60	103,26	107,64	105,40	112,53	110,32
Sardegna	68,19	67,27	67,22	66,60	55,22	54,85
ITALIA	65,86	66,37	66,97	67,59	65,21	65,87
Parametro di riferimento	65,86	66,37	66,97	67,59	65,21	65,87

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE - REGIME DAY HOSPITAL ANNO 2006



INDICE DI ATTRAZIONE E INDICE DI FUGA (in percentuale)

SIGNIFICATO

L'indice di attrazione è definito come il rapporto percentuale tra il numero di dimessi non residenti ed il numero totale dei dimessi nella regione; l'indice di fuga, al contrario, è il rapporto percentuale fra il numero dei residenti dimessi fuori regione ed il numero totale dei residenti dimessi ovunque. Il primo indicatore permette di quantificare la capacità di una regione di attirare pazienti residenti altrove, l'altro di stimare la propensione della popolazione ad allontanarsi dal luogo di residenza per poter usufruire delle prestazioni sanitarie richieste.

I due indicatori sono evidentemente complementari e, pur non consentendo un'analisi dettagliata come quella offerta dalle matrici di mobilità, costituiscono un importante strumento per valutare in modo sintetico la richiesta di mobilità sul territorio nazionale.

Nelle valutazioni occorre tenere presente che la mobilità interregionale può avere cause di diversa natura: oggettive (richiesta di prestazioni altamente specializzate), soggettive (percezione soggettiva della qualità dell'assistenza fornita) o contingente (ad es. vicinanza, nel caso di regioni confinanti).

DESCRIZIONE RISULTATI

Il trend degli ultimi anni dimostra che i due indicatori, di attrazione e di fuga, nel 2006 si attestano al 7,26% dopo che si era registrato nel passato un lieve decremento dell'indice di attrazione. I valori più elevati per l'indice di attrazione si osservano in Molise (25,13%) e in Umbria (15,38%) e, a seguire, in Abruzzo, Emilia Romagna e Basilicata (intorno al 13 %). I valori più bassi sono in Sardegna, Sicilia, Campania e Calabria (al di sotto del 3 %), mentre Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia, P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli, Marche e Lazio si attestano intorno al valor medio nazionale (7,5%).

Anche per l'indice di fuga si osserva una notevole variabilità regionale, con i valori più alti in Val d'Aosta, Molise, Basilicata, P.A. di Trento e Calabria, e i più bassi in Lombardia, P.A. di Bolzano, Veneto, Sicilia e Sardegna.

Indice d'attrazione

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi non residenti	Dimessi totali
Piemonte	6,3	6,2	6,2	47.987	777.508
Valle D'Aosta	8,3	9,1	9,2	1.809	19.615
Lombardia	8,7	8,6	8,7	174.749	2.019.570
P.A. Bolzano	7,7	7,7	7,7	7.706	99.501
P.A. Trento	11,5	12,4	12,0	10.514	87.303
Veneto	8,0	8,3	8,3	71.228	854.429
Friuli V.G.	9,5	9,6	9,7	19.470	201.281
Liguria	10,6	10,4	10,8	40.427	374.557
Emilia R.	12,2	12,7	13,3	111.296	834.003
Toscana	10,1	10,3	10,6	68.473	645.226
Umbria	16,1	15,4	15,4	26.024	169.221
Marche	8,9	8,9	9,2	25.654	280.041
Lazio	7,9	8,2	8,6	110.052	1.279.160
Abruzzo	12,3	13,0	13,6	48.253	353.800
Molise	22,7	23,6	25,1	20.618	82.037
Campania	2,1	2,2	2,1	26.386	1.251.874
Puglia	3,9	3,5	3,3	27.495	835.524
Basilicata	12,1	12,9	13,0	14.514	111.329
Calabria	3,0	3,0	2,9	11.810	400.892
Sicilia	1,6	1,7	1,6	20.492	1.263.035
Sardegna	1,4	1,5	1,5	4.828	322.910
ITALIA	7,1	7,1	7,3	889.785	12.262.816
Parametro di riferimento	7,1	7,1	7,3		

I cittadini stranieri non iscritti al SSN sono esclusi dal calcolo dell'indicatore

Indice di fuga

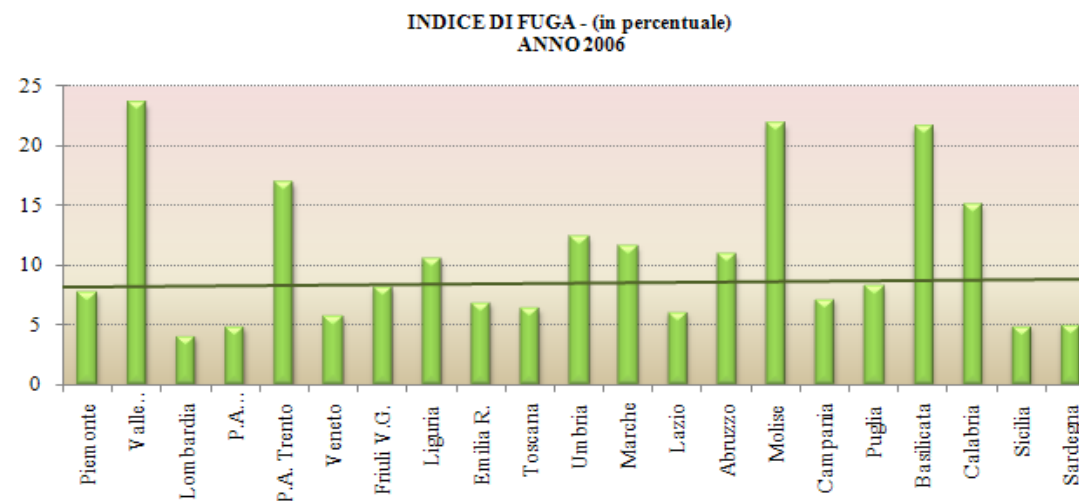
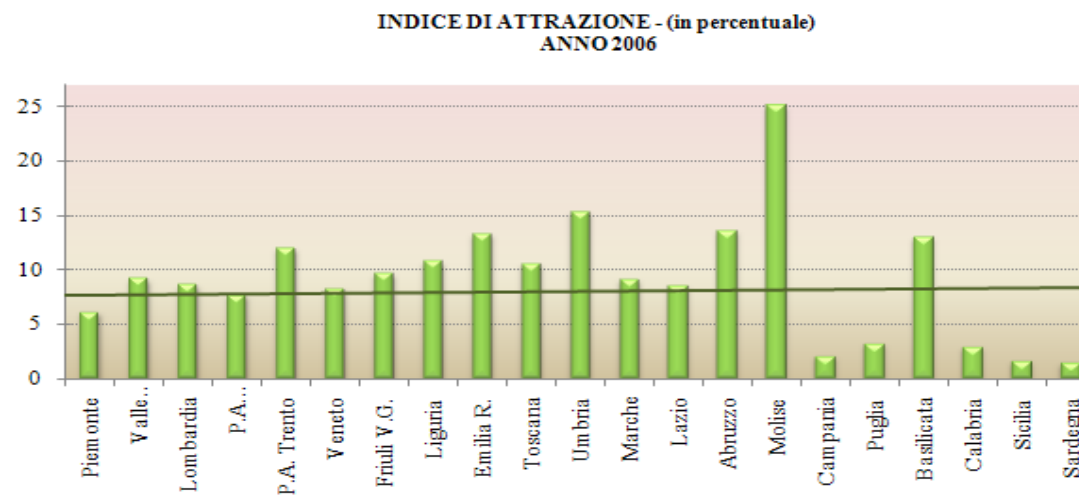
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	ricoverati fuori regione	ricoverati ovunque
Piemonte	8,1	8,0	7,8	61.549	791.070
Valle D'Aosta	23,1	23,3	23,6	5.501	23.307
Lombardia	4,0	4,0	4,0	77.585	1.922.406
P.A. Bolzano	4,8	4,9	4,8	4.638	96.433
P.A. Trento	17,0	17,0	17,0	15.677	92.466
Veneto	5,1	5,5	5,8	47.799	831.000
Friuli V.G.	7,9	8,0	8,1	16.130	197.941
Liguria	10,2	10,1	10,6	39.730	373.860
Emilia R.	6,3	6,7	6,9	53.465	776.172
Toscana	6,2	6,2	6,4	39.387	616.140
Umbria	11,2	12,2	12,4	20.284	163.481
Marche	11,5	11,5	11,6	33.363	287.750
Lazio	6,0	5,7	6,1	75.460	1.244.568
Abruzzo	9,8	10,4	10,9	37.471	343.018
Molise	22,9	22,7	21,9	17.197	78.616
Campania	7,1	7,1	7,2	94.844	1.320.332
Puglia	8,2	8,4	8,3	72.979	881.008
Basilicata	23,0	22,5	21,6	26.720	123.535
Calabria	15,0	15,4	15,1	69.337	458.419
Sicilia	5,0	5,0	4,9	63.950	1.306.493
Sardegna	4,1	4,3	5,0	16.719	334.801
ITALIA	7,1	7,1	7,3	889.785	12.262.816
Parametro di riferimento	7,1	7,1	7,3		

I cittadini stranieri non iscritti al SSN sono esclusi dal calcolo dell'indicatore

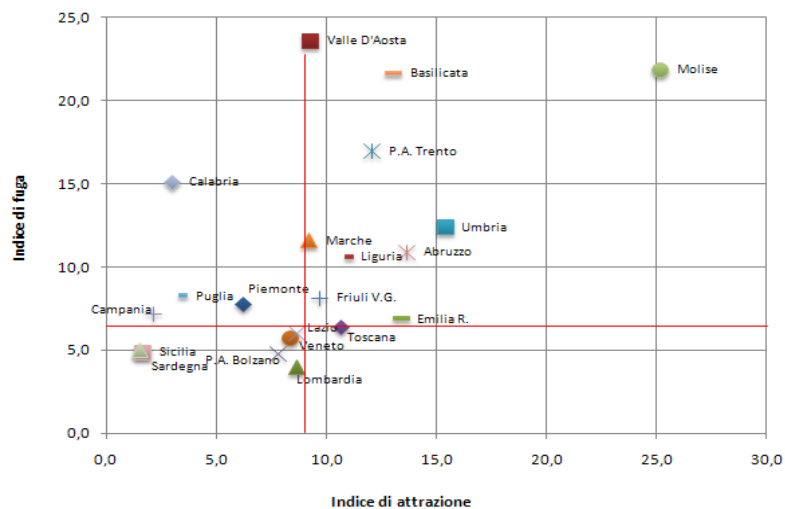
INDICE DI ATTRAZIONE E INDICE DI FUGA (in percentuale)

OSSERVAZIONI

Occorre cautela nell'interpretazione dei risultati: accanto alle percentuali è necessario tenere presenti anche i valori assoluti sia di mobilità che di attività complessiva, onde evitare di trarre conclusioni errate. Ad esempio, Val d'Aosta e Lombardia hanno indici di attrazione pressoché uguali, ma volumi di attività completamente diversi.



Confronto fra indice di attrazione e indice di fuga - 2006



POSTI LETTO PER ACUTI, RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL (per 1.000 abitanti)

SIGNIFICATO

L'indicatore considera una delle caratteristiche organizzative più rilevanti delle strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate: il numero di posti letto per 1.000 residenti. In particolare sono considerati distintamente i posti letto per i ricoveri in degenza ordinaria ed in regime di day hospital. Per quanto concerne i posti letto in dotazione per le degenze ordinarie, sono stati considerati separatamente quelli previsti per le patologie acute da quelli dedicati alla riabilitazione e lungodegenza. La normativa nazionale, a più riprese, ha fissato valori standard nella dotazione di posti letto per le differenti tipologie di prestazioni ospedaliere. La Legge 16 novembre 2001 n° 405 ha stabilito, nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera, lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Il personale in esubero dalla ristrutturazione è in parte destinato alla realizzazione di servizi medici ed infermieristici anche domiciliari per malati cronici e terminali. Per quanto riguarda l'assistenza diurna la normativa nazionale (Legge n° 662 del 23 dicembre 1996) ha stabilito che le regioni incrementino la propria dotazione di posti letto, in modo che non sia inferiore al 10% di quella standard prevista per acuti. E' sancito inoltre che i posti letto riservati per l'esercizio della libera professione intramuraria e per l'istituzione delle camere a pagamento, concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti. In data 23 Marzo 2005, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e Province autonome ha sancito una Intesa, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n° 311. In particolare all'Art.4 (razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario) ha stabilito che le Regioni, entro il 30 settembre 2005, adottino provvedimenti per uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 per 1.000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie. Le Regioni si impegnano inoltre ad adottare provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero.

DESCRIZIONE RISULTATI

L'andamento temporale degli ultimi anni mostra una netta riduzione della dotazione di posti letto in regime ordinario. Riguardo ai posti letto per acuti, si ha maggiore evidenza della loro progressiva riduzione, che passano da 6,06 per 1.000 residenti nel 1992 a 3,5 nel 2006. Per la riabilitazione-lungodegenza i posti letto diminuiscono passando da 0,9 a 0,6‰ residenti. Per quanto attiene all'attività di day hospital la dotazione di posti letto raddoppia, passa da 0,2 a 0,5‰ residenti. Nel 2006 il numero di posti letto di degenza ordinaria per acuti registra il valore minimo in Campania con 2,9‰ residenti ed il massimo in Molise con 4,4‰. Per la riabilitazione-lungodegenza, in degenza ordinaria, la Valle d'Aosta non ha alcuna dotazione di posti letto. Valore pari allo 0,1‰ si rileva in Sardegna; all'opposto valori massimi della distribuzione, eccedenti l'1‰ residenti, si registrano nel Lazio e nella P.A. di Trento. Per quanto riguarda l'assistenza diurna, la dotazione di posti letto presenta il valore minimo della distribuzione regionale in Puglia (0,3‰) e valore massimo in Sicilia (0,7‰).

POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA E A PAGAMENTO NELLE DISCIPLINE PER ACUTI (per 1.000 abitanti)

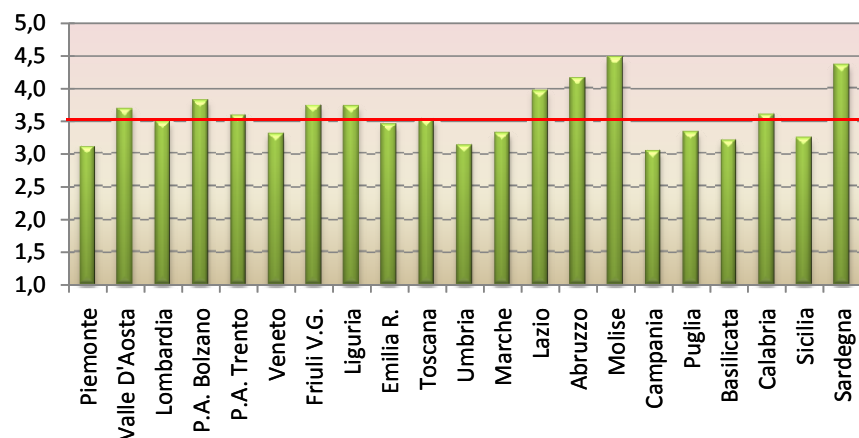
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Posti letto	Pop. residente
Piemonte	3,4	3,2	3,1	13.455	4.341.733
Valle D'Aosta	3,5	3,3	3,7	456	123.978
Lombardia	3,9	3,7	3,5	32.909	9.475.202
P.A. Bolzano	4,4	4,1	3,8	1.833	482.650
P.A. Trento	3,3	3,4	3,6	1.795	502.478
Veneto	3,5	3,4	3,3	15.606	4.738.313
Friuli V.G.	4,3	4,5	3,7	4.507	1.208.278
Liguria	3,7	4,1	3,7	5.981	1.610.134
Emilia R.	3,4	3,9	3,4	14.424	4.187.557
Toscana	3,7	4,0	3,5	12.741	3.619.872
Umbria	3,4	3,2	3,1	2.702	867.878
Marche	3,8	3,5	3,3	5.043	1.528.809
Lazio	4,3	5,5	4,0	20.983	5.304.778
Abruzzo	4,1	4,2	4,2	5.420	1.305.307
Molise	4,6	3,7	4,5	1.433	320.907
Campania	3,1	3,1	3,0	17.575	5.790.929
Puglia	3,4	3,3	3,3	13.490	4.071.518
Basilicata	3,7	3,6	3,2	1.900	594.086
Calabria	3,6	3,6	3,6	7.193	2.004.415
Sicilia	3,5	3,3	3,2	16.176	5.017.212
Sardegna	4,5	4,4	4,4	7.206	1.655.677
ITALIA	3,7	3,7	3,5	202.828	58.751.711
Parametro riferimento	4,1	4,1	4,1		

POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL NELLE DISCIPLINE PER ACUTI (per 1.000 abitanti)

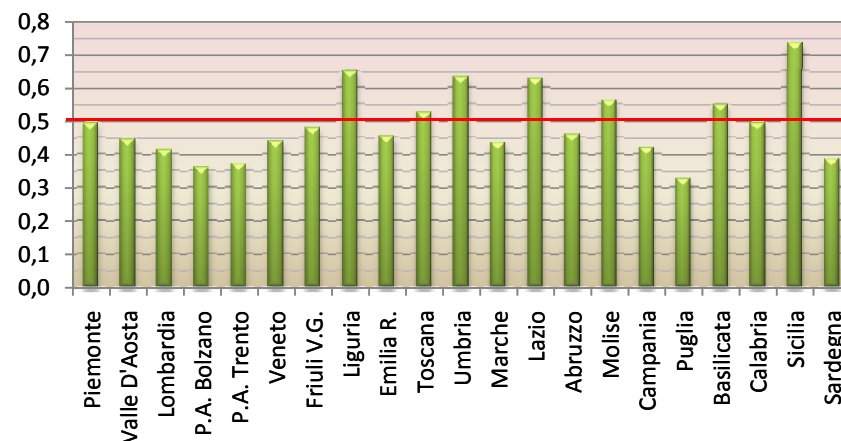
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	posti letto	Popolazione residente
Piemonte	0,5	0,5	0,5	2.137	4.341.733
Valle D'Aosta	0,5	0,5	0,4	55	123.978
Lombardia	0,4	0,4	0,4	3.899	9.475.202
P.A. Bolzano	0,4	0,4	0,4	173	482.650
P.A. Trento	0,4	0,4	0,4	186	502.478
Veneto	0,4	0,4	0,4	2.078	4.738.313
Friuli V.G.	0,5	0,6	0,5	577	1.208.278
Liguria	0,6	1,0	0,6	1.043	1.610.134
Emilia R.	0,4	0,5	0,5	1.890	4.187.557
Toscana	0,5	0,6	0,5	1.898	3.619.872
Umbria	0,6	0,6	0,6	547	867.878
Marche	0,5	0,5	0,4	663	1.528.809
Lazio	0,6	0,8	0,6	3.317	5.304.778
Abruzzo	0,4	0,4	0,5	596	1.305.307
Molise	0,5	0,4	0,6	180	320.907
Campania	0,4	0,4	0,4	2.419	5.790.929
Puglia	0,3	0,3	0,3	1.326	4.071.518
Basilicata	0,4	0,5	0,5	326	594.086
Calabria	0,5	0,5	0,5	986	2.004.415
Sicilia	0,6	0,7	0,7	3.695	5.017.212
Sardegna	0,4	0,4	0,4	637	1.655.677
ITALIA	0,5	0,5	0,5	28.628	58.751.711
Parametro riferimento	0,5	0,5	0,5		

POSTI LETTO PER ACUTI, RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL (per 1.000 abitanti)

POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA E A PAGAMENTO NELLE DISCIPLINE PER ACUTI
(PER 1.000 ABITANTI) - ANNO 2006



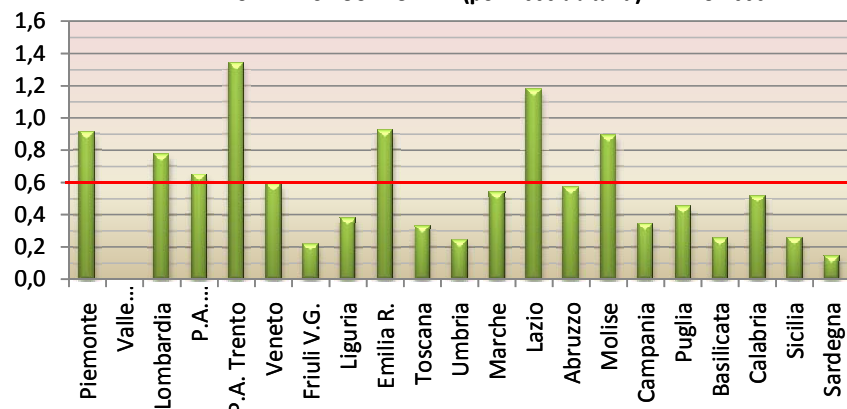
POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL NELLE DISCIPLINE PER ACUTI
(PER 1.000 ABITANTI) - ANNO 2006



POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA E A PAGAMENTO NELLE DISCIPLINE DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

	ANNO 2004	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	posti letto	Popolazione residente
Piemonte	1,0	0,9	0,9	3.950	4.341.733
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-
Lombardia	0,7	0,7	0,8	7.280	9.475.202
P.A. Bolzano	0,7	0,6	0,7	314	482.650
P.A. Trento	1,5	1,4	1,3	672	502.478
Veneto	0,6	0,6	0,6	2.781	4.738.313
Friuli V.G.	0,2	0,2	0,2	258	1.208.278
Liguria	0,3	0,5	0,4	610	1.610.134
Emilia R.	0,8	0,9	0,9	3.847	4.187.557
Toscana	0,4	0,4	0,3	1.186	3.619.872
Umbria	0,2	0,2	0,2	207	867.878
Marche	0,4	0,5	0,5	820	1.528.809
Lazio	1,2	1,5	1,2	6.244	5.304.778
Abruzzo	0,5	0,6	0,6	743	1.305.307
Molise	0,8	0,7	0,9	286	320.907
Campania	0,3	0,3	0,3	1.986	5.790.929
Puglia	0,5	0,5	0,4	1.813	4.071.518
Basilicata	0,2	0,2	0,2	148	594.086
Calabria	0,5	0,5	0,5	1.026	2.004.415
Sicilia	0,3	0,2	0,3	1.288	5.017.212
Sardegna	0,1	0,1	0,1	234	1.655.677
ITALIA	0,6	0,6	0,6	35.693	58.751.711
Parametro riferimento	1,0	1,0	1,0		

POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA E A PAGAMENTO NELLE DISCIPLINE DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA (per 1.000 abitanti) - ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

GIORNATE DI DEGENZA* SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE PESATA

SIGNIFICATO

L'indicatore esprime una misura dell'attività ospedaliera erogata dalle strutture di ricovero, opportunamente pesata per tener conto della differente struttura per età della popolazione regionale. Esso viene calcolato, separatamente per regime ordinario e day hospital, come rapporto fra il numero di giornate erogate e la popolazione residente pesata, ed espresso per 1.000 abitanti.

DESCRIZIONE RISULTATI

Dall'analisi dei dati è possibile riscontrare una discreta variabilità regionale, sia per l'attività erogata in regime ordinario che per quella in day hospital. Per il regime ordinario i valori più alti si riscontrano nel Molise (1.449), nel Lazio (1.448) e P.A. di Bolzano (1.350), mentre i più bassi si osservano in Umbria (823), Basilicata (865) e Toscana (902). Le restanti regioni si collocano nell'intorno del valore medio nazionale. Per il day hospital si osservano valori di gran lunga più elevati nel Lazio (328), in Sicilia (308) e Liguria (270); i valori più bassi, nettamente inferiori alla media, si collocano in Puglia (102), Marche (104), P.A. di Bolzano (122) e Sardegna (122). Dall'analisi del trend si può osservare un lieve e costante aumento delle giornate erogate in regime di day hospital e una diminuzione di quelle in regime ordinario. L'incremento fra 2000 e 2001 delle giornate erogate in regime ordinario è dovuto al maggior numero di ricoveri effettuati nel 2001 rispetto all'anno precedente (circa 300 mila in più). Negli anni successivi si osserva una diminuzione delle giornate erogate in regime ordinario, che, unitamente alla diminuzione del numero totale dei ricoveri mostra un evidente razionalizzazione dell'attività ospedaliera ed un effettivo ed auspicato spostamento dalla modalità ordinario a quella diurna. A tal proposito nel 2006 con 1.107 giornate di degenza in regime ordinario si ci si riporta ai livelli del 2000 (1.112); viceversa per il day hospital, nel triennio 2004-2006, dopo il notevole incremento degli anni precedenti, i valori sembrano stabilizzarsi sulle 190 giornate di presenza.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

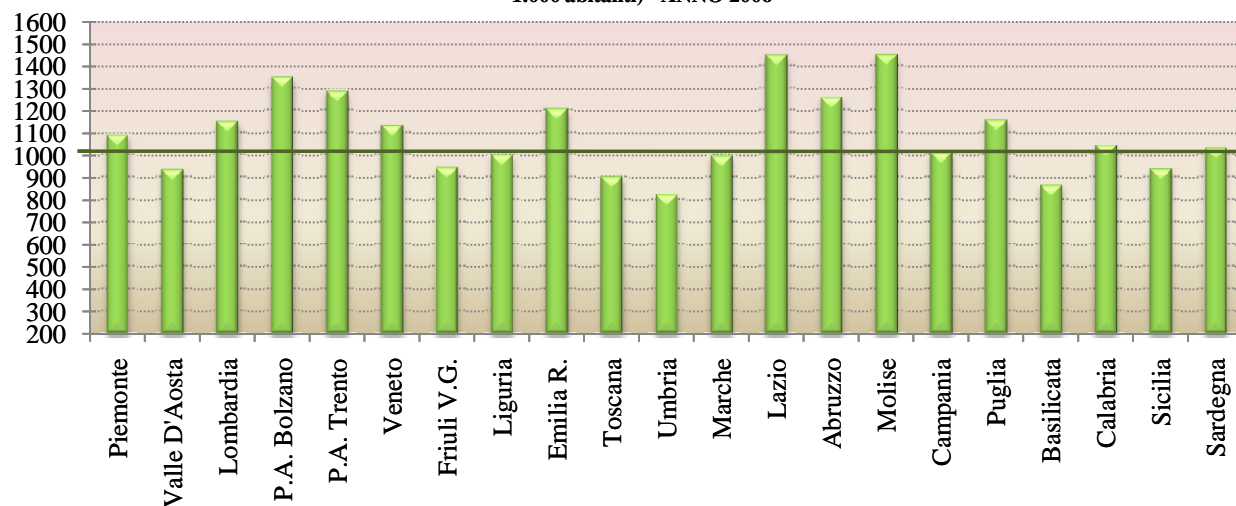
L'indicatore esprime una misura dell'attività ospedaliera erogata dalle strutture di ricovero, opportunamente pesata per tener conto della differente struttura per età della popolazione regionale. Esso fornisce un ulteriore strumento di analisi accanto alle valutazioni basate sul numero di ricoveri.

(*) giornate erogate nelle strutture di ricovero della regione nelle discipline per acuti e riabilitazione e lungodegenza
Per la costruzione della popolazione pesata vedere note metodologiche

Regime ordinario

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	N. giorn. Effett.	Popolazione pesata
Piemonte	1.107,7	1.093,3	1.088,7	5.027.581	4.618.085
Valle D'Aosta	951,3	932,1	935,5	118.190	126.343
Lombardia	1.156,4	1.144,6	1.150,4	10.875.498	9.453.558
P.A. Bolzano	1.416,8	1.364,5	1.350,4	604.408	447.591
P.A. Trento	1.291,1	1.294,4	1.285,0	637.296	495.945
Veneto	1.174,0	1.151,7	1.133,1	5.342.858	4.715.365
Friuli V.G.	958,4	940,6	944,1	1.225.194	1.297.721
Liguria	1.042,2	1.018,0	1.000,8	1.858.046	1.856.589
Emilia R.	1.205,2	1.198,5	1.206,1	5.423.554	4.496.925
Toscana	955,1	934,8	901,7	3.539.105	3.924.766
Umbria	879,8	832,3	822,8	772.716	939.184
Marche	1.002,0	989,7	995,1	1.616.153	1.624.159
Lazio	1.516,2	1.520,3	1.447,8	7.587.608	5.240.910
Abruzzo	1.366,9	1.352,0	1.256,9	1.691.610	1.345.904
Molise	1.422,2	1.452,2	1.449,1	484.132	334.097
Campania	1.039,9	1.026,2	1.010,6	5.211.647	5.157.213
Puglia	1.099,5	1.121,3	1.155,8	4.410.448	3.816.058
Basilicata	869,2	848,4	864,9	507.589	586.854
Calabria	1.055,2	1.065,9	1.042,4	1.998.107	1.916.880
Sicilia	978,0	945,2	938,1	4.475.770	4.770.928
Sardegna	1.128,3	1.100,6	1.029,4	1.633.272	1.586.636
ITALIA	1.132,8	1.120,9	1.107,0	65.040.782	58.751.711
Parametro di riferimento	1.132,8	1.120,9	1.107,0		

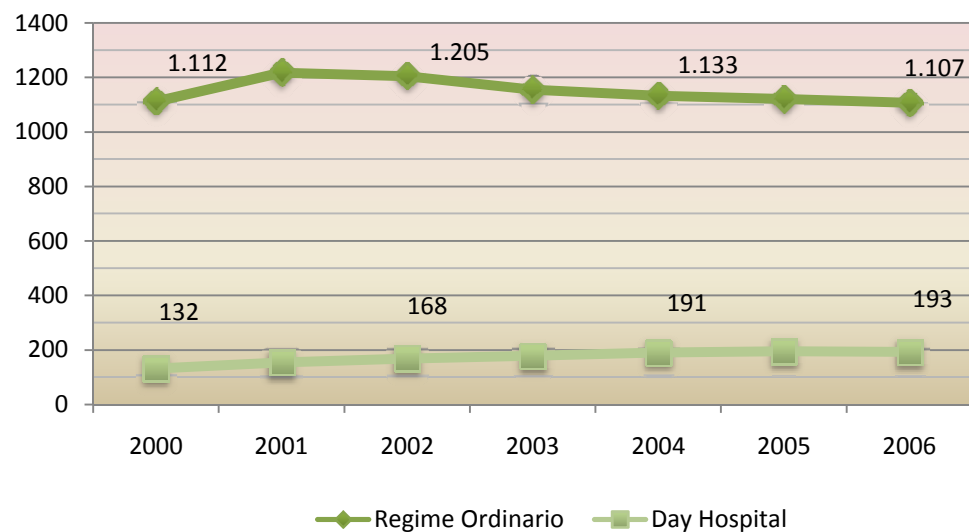
GIORNATE DI DEGENZA (*) SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE PESATA - REGIME ORDINARIO (per 1.000 abitanti) - ANNO 2006



Ministero della salute

GIORNATE DI DEGENZA* SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE PESATA

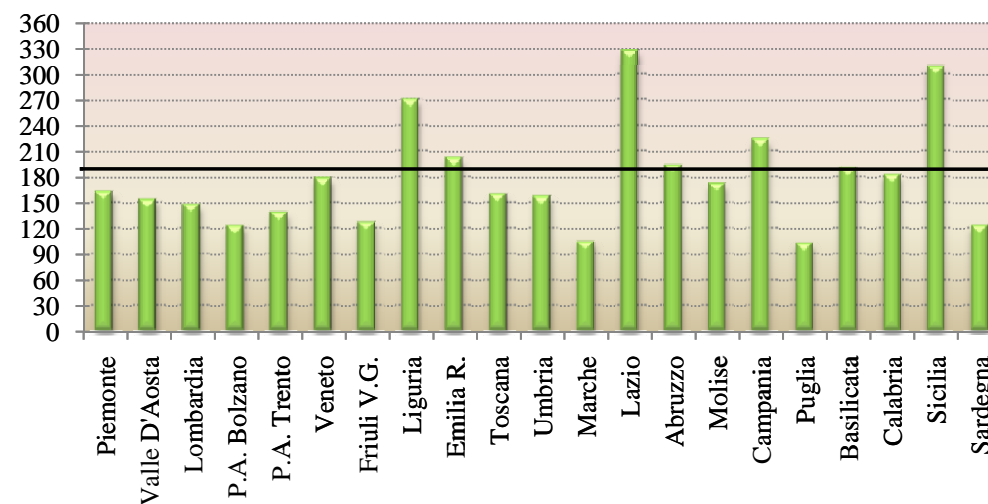
GIORNATE DI DEGENZA SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE PESATA
Trend 2000 - 2006



Regime day hospital

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	N. giorn. Effett.	Popolazione pesata
Piemonte	156,9	159,0	161,8	747.208	4.618.085
Valle D'Aosta	148,3	154,8	152,4	19.259	126.343
Lombardia	143,5	146,6	146,7	1.387.203	9.453.558
P.A. Bolzano	112,9	121,4	121,8	54.531	447.591
P.A. Trento	144,8	141,6	137,4	68.161	495.945
Veneto	186,0	185,6	177,4	836.739	4.715.365
Friuli V.G.	121,7	116,5	126,2	163.824	1.297.721
Liguria	271,8	279,6	269,5	500.310	1.856.589
Emilia R.	214,9	201,9	201,0	904.068	4.496.925
Toscana	163,1	162,3	158,9	623.477	3.924.766
Umbria	202,5	180,7	156,2	146.692	939.184
Marche	106,4	103,1	103,6	168.291	1.624.159
Lazio	333,2	374,1	328,1	1.719.556	5.240.910
Abruzzo	191,6	201,0	192,9	259.571	1.345.904
Molise	144,3	151,8	171,4	57.265	334.097
Campania	201,7	213,4	223,1	1.150.485	5.157.213
Puglia	86,6	95,5	101,5	387.364	3.816.058
Basilicata	160,4	165,5	189,3	111.106	586.854
Calabria	175,2	173,3	181,7	348.336	1.916.880
Sicilia	294,6	294,8	307,7	1.468.055	4.770.928
Sardegna	136,7	133,4	122,1	193.764	1.586.636
ITALIA	190,8	195,5	192,6	11.315.265	58.751.711
Parametro di riferimento	190,8	195,5	192,6		

GIORNATE DI PRESENZA (*) SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE PESATA DAY
HOSPITAL (per 1.000 abitanti)



COSTO PERCENTUALE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA E COSTO PRO-CAPITE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

SIGNIFICATO

Nell'assistenza ospedaliera sono comprese le prestazioni erogate dai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, in regime di ricovero (ordinario, day hospital), le attività di pronto soccorso; di raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali; di attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; di trapianto di organi e tessuti e gli interventi ospedalieri a domicilio.

Il primo indicatore, costo dell'assistenza ospedaliera, è espresso come rapporto percentuale tra il costo erogato per l'assistenza ospedaliera ed il costo complessivo dei tre livelli di assistenza.

Il secondo indicatore, costo pro-capite dell'assistenza ospedaliera, è definito come rapporto tra il costo erogato per l'assistenza ospedaliera e la popolazione residente opportunamente pesata. La popolazione pesata viene introdotta per consentire il confronto tra popolazioni regionali affette da diversa struttura demografica.

DESCRIZIONE RISULTATI

Per quanto concerne il primo indicatore, nel corso del periodo 2001-2006, l'incidenza percentuale del costo a livello nazionale oscilla su valori prossimi al 48% con punta massima del 48,4% nel 2001 e nel 2003 e valore minimo di 46,7 nel 2005.

Nell'analisi della distribuzione regionale, relativa al 2006, valori superiori al 50% si registrano in Abruzzo (53,9%) e in Valle d'Aosta (52,3%). Il valore più basso si riscontra in Emilia R. con il 42,7% seguito dal 45,5% del Piemonte.

Dall'analisi dei dati del secondo indicatore, si può osservare, una crescita tendenziale del costo pro-capite dell'assistenza ospedaliera: dai 658,05 € del 2001 si passa a 847 € del 2006. L'analisi regionale dell'indicatore per l'anno 2006 mostra una notevole variabilità a livello territoriale: i valori oscillano da un minimo di € 708 registrato in Emilia R. ad un massimo di € 1.203,3 registrato in Valle d'Aosta in cui si segnala una fortissima crescita del costo rispetto agli anni precedenti.

Per entrambi gli indicatori sono assenti i valori di Liguria, Toscana, Molise e Sicilia.

Fonte dei dati e note

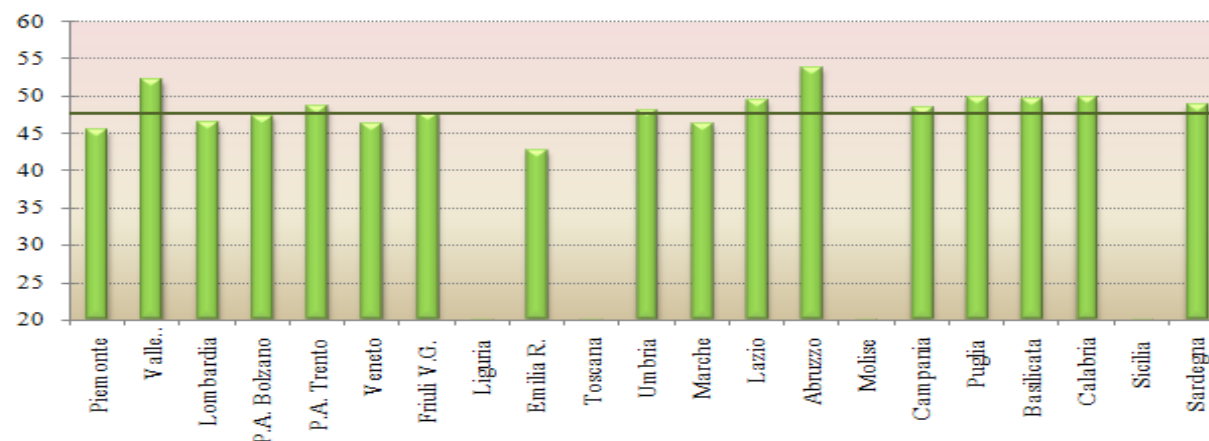
OSSERVAZIONI

Nonostante le indicazioni programmatiche di potenziamento delle attività afferenti al territorio e alla prevenzione la spesa ospedaliera costituisce ancora quasi il 49% della spesa complessiva ed il relativo costo pro-capite continua a crescere. Occorre riquilibrare il ruolo dell'ospedale come centro per la cura delle patologie acute più complesse affiancando allo stesso una efficace rete di servizi territoriali e continuare con il processo di riduzione dei ricoveri inappropriati.

Costo percentuale dell'assistenza ospedaliera

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo livello assist. osped. (in migliaia di Euro)	Costo totale livelli assist. (in migliaia di Euro)
Piemonte	48,6	45,9	45,5	3.587.214	7.876.013
Valle D'Aosta	45,2	46,5	52,3	152.024	290.950
Lombardia	45,2	44,7	46,5	7.144.239	15.369.395
P.A. Bolzano	47,1	45,0	47,4	490.110	1.034.237
P.A. Trento	45,9	45,8	48,7	489.354	1.004.829
Veneto	48,4	46,9	46,4	3.799.363	8.194.248
Friuli V.G.	51,1	49,3	47,8	1.018.666	2.129.712
Liguria	47,6	43,8	-	-	-
Emilia R.	44,7	41,9	42,7	3.183.783	7.455.161
Toscana	45,0	44,1	-	-	-
Umbria	46,3	46,1	48,2	752.001	1.560.310
Marche	45,8	45,5	46,4	1.239.843	2.673.698
Lazio	-	-	49,5	5.659.958	11.440.220
Abruzzo	46,2	49,7	53,9	1.312.266	2.435.263
Molise	51,5	55,2	-	-	-
Campania	51,2	49,8	48,5	4.728.681	9.747.662
Puglia	48,6	48,2	49,9	3.446.860	6.911.684
Basilicata	46,7	47,0	49,7	535.290	1.076.974
Calabria	52,8	47,8	49,9	1.664.930	3.338.379
Sicilia	47,7	50,5	-	-	-
Sardegna	47,7	49,0	48,8	1.338.604	2.741.294
ITALIA	47,6	46,7	47,5	40.543.186	85.280.029
Parametro di riferimento	47,6	46,7	47,5		

COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2006



Ministero della salute

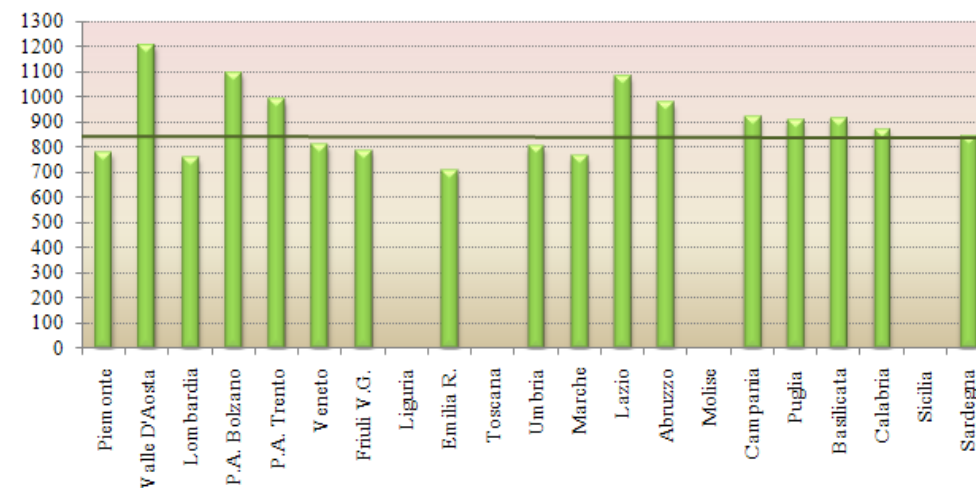
AO_41_42

COSTO PERCENTUALE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA E COSTO PRO-CAPITE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Costo pro-capite dell'assistenza ospedaliera

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo livello assist. osped.	Pop. Pesata
	(in Euro)	(in Euro)	(in Euro)	Euro	
Piemonte	790,9	739,6	776,8	3.587.214	4.618.085
Valle D'Aosta	804,6	887,5	1.203,3	152.024	126.343
Lombardia	639,5	678,2	755,7	7.144.239	9.453.558
P.A. Bolzano	1.009,7	995,6	1.095,0	490.110	447.591
P.A. Trento	798,3	822,4	986,7	489.354	495.945
Veneto	748,5	771,4	805,7	3.799.363	4.715.365
Friuli V.G.	757,3	768,4	785,0	1.018.666	1.297.721
Liguria	741,3	694,9	-	-	-
Emilia R.	669,1	647,5	708,0	3.183.783	4.496.925
Toscana	665,4	669,8	-	-	-
Umbria	659,5	692,9	800,7	752.001	939.184
Marche	680,9	677,8	763,4	1.239.843	1.624.159
Lazio	-	-	1.080,0	5.659.958	5.240.910
Abruzzo	686,3	839,1	975,0	1.312.266	1.345.904
Molise	830,7	1.094,9	-	-	-
Campania	933,1	973,4	916,9	4.728.681	5.157.213
Puglia	746,1	819,6	903,3	3.446.860	3.816.058
Basilicata	707,8	773,6	912,1	535.290	586.854
Calabria	835,8	771,1	868,6	1.664.930	1.916.880
Sicilia	796,3	845,9	-	-	-
Sardegna	792,6	876,8	843,7	1.338.604	1.586.636
ITALIA	744,3	766,5	847,0	40.543.186	47.865.331
Parametro di riferimento	744,3	766,5	847,0		

COSTO PRO-CAPITE DELL' ASSISTENZA OSPEDALIERA
(IN EURO) - ANNO 2006



Costo percentuale per l'ass. ospedaliera e costo pro-capite
Trend 2001-2006



INCIDENZA % DEL COSTO DEL PERSONALE OSPEDALIERO SUL COSTO TOTALE DEL PERSONALE E INCIDENZA % DEL COSTO DEL PERSONALE OSPEDALIERO SUL COSTO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

SIGNIFICATO

Il primo indicatore è espresso dal rapporto percentuale tra il costo del personale del livello di assistenza ospedaliera e il costo totale del personale. Esso esprime quanto la Regione spende per il personale impiegato nelle strutture ospedaliere rispetto alla spesa complessiva che la Regione sostiene per il personale.

Il secondo indicatore è rappresentato dal rapporto percentuale tra il costo del personale ospedaliero e il costo del livello di assistenza ospedaliera. Esso esprime quanto costa alla Regione il personale impiegato per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera rispetto al costo complessivo del livello di assistenza.

Lo studio dei due indicatori è molto importante giacchè la spesa per il personale rappresenta la voce di maggiore peso percentuale nella composizione della spesa sanitaria corrente.

DESCRIZIONE RISULTATI

Per l' indicatore relativo all' incidenza percentuale del costo del personale ospedaliero sul costo totale del personale, si osserva nel periodo considerato una lieve diminuzione a livello nazionale: si passa infatti dal 65,7% del 2001 al 62,4% del 2006. L'analisi regionale dell'indicatore per l'anno 2006 mostra una notevole variabilità a livello territoriale: i valori oscillano da un minimo di 54,2% registrato in Valle D'Aosta ad un massimo di 72,2% registrato in Abruzzo. Nel triennio 2004-2006 si evidenzia in particolare l'aumento dell'incidenza del costo in Sardegna e Valle D'Aosta viceversa il decremento del costo per il personale ospedaliero si rileva specialmente in Liguria, Friuli V.G. e in Veneto. Sostanzialmente invariati i valori al centro-sud, in sostanziale diminuzione nelle regioni del nord.

Nel periodo 2001-2006 l' incidenza percentuale del costo del personale ospedaliero sul costo del livello di assistenza ospedaliero registra a livello nazionale un andamento altalenante: in diminuzione dal 2001 (45,9%) al 2003 (43%), in aumento fino al 2005 (45,2%) e in ulteriore calo nel 2006 con valore minimo del 41,4%.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

Una analisi circa il costo del personale dipendente dal servizio sanitario nazionale nelle singole regioni dovrebbe tenere conto della presenza, in alcune realtà, di strutture equiparate pubbliche (IRCCS - Policlinici) la cui spesa di personale è inclusa in una diversa classificazione economica della spesa sanitaria complessiva. Purtroppo la presente analisi non tiene in considerazione la presenza di queste diverse realtà regionali.

Ministero della salute

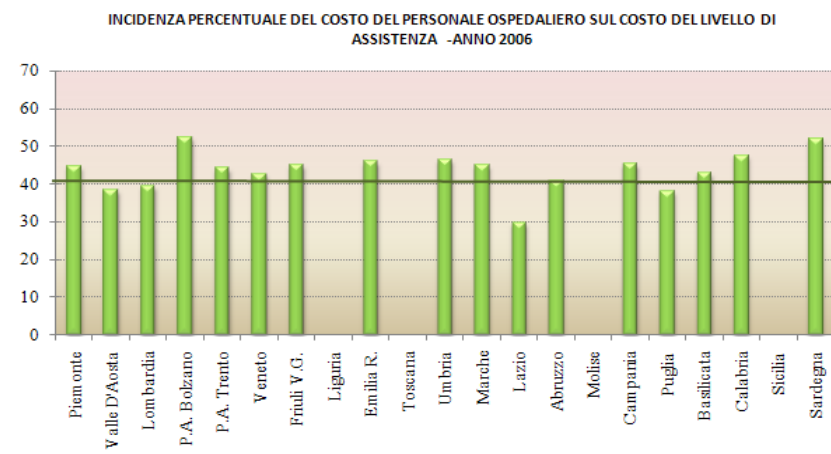
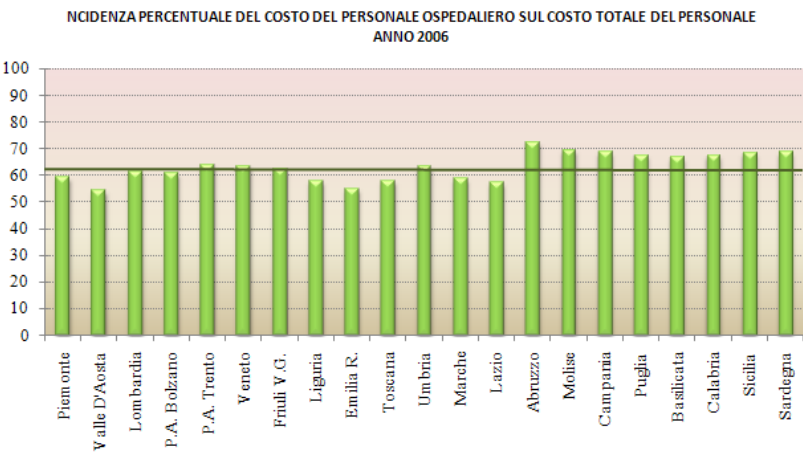
INCIDENZA % DEL COSTO DEL PERSONALE OSPEDALIERO SUL COSTO TOTALE DEL PERSONALE

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo pers. Ospedaliero	Costo totale Personale
				(in migliaia di Euro)	(in migliaia di Euro)
Piemonte	61,5	61,0	59,2	1.602.078	2.707.098
Valle D'Aosta	52,1	53,2	54,2	58.300	107.662
Lombardia	61,1	62,0	61,4	2.818.307	4.587.177
P.A. Bolzano	62,9	60,1	60,6	256.639	423.763
P.A. Trento	64,3	62,8	63,9	216.001	337.849
Veneto	67,0	63,8	63,3	1.618.913	2.556.496
Friuli V.G.	66,2	65,0	62,3	458.493	735.645
Liguria	61,9	58,1	57,7	628.317	1.088.349
Emilia R.	58,3	55,4	54,8	1.459.584	2.662.759
Toscana	57,4	57,3	57,8	1.361.001	2.353.160
Umbria	63,3	62,8	63,1	349.618	554.483
Marche	59,8	58,4	58,7	557.018	948.740
Lazio	57,0	56,6	57,1	1.678.378	2.940.447
Abruzzo	73,6	73,2	72,2	535.419	741.225
Molise	68,7	70,3	69,3	145.155	209.372
Campania	67,4	69,1	68,5	2.140.990	3.127.425
Puglia	67,1	68,2	67,3	1.312.716	1.950.022
Basilicata	67,8	65,6	66,5	229.643	345.129
Calabria	67,9	67,0	67,4	790.076	1.172.690
Sicilia	71,0	72,4	68,2	1.948.382	2.858.607
Sardegna	64,8	68,2	68,4	694.766	1.015.182
ITALIA	63,4	63,1	62,4	20.859.794	33.423.280
Parametro di riferimento	63,4	63,1	62,4		

INCIDENZA % DEL COSTO DEL PERS. OSPED. SUL COSTO TOTALE DELL' ASS. OSPEDALIERA

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo pers. Ospedaliero (in migliaia di Euro)	Costo assist. Ospedaliera (in migliaia di Euro)
Piemonte	40,8	45,8	44,7	1.602.078	3.587.214
Valle D'Aosta	48,0	46,3	38,3	58.300	152.024
Lombardia	40,0	42,5	39,4	2.818.307	7.144.239
P.A. Bolzano	54,3	54,2	52,4	256.639	490.110
P.A. Trento	51,7	49,6	44,1	216.001	489.354
Veneto	45,2	42,4	42,6	1.618.913	3.799.363
Friuli V.G.	44,7	49,1	45,0	458.493	1.018.666
Liguria	48,1	49,7	-	-	-
Emilia R.	47,6	48,0	45,8	1.459.584	3.183.783
Toscana	47,7	48,5	-	-	-
Umbria	54,8	50,4	46,5	349.618	752.001
Marche	47,0	47,7	44,9	557.018	1.239.843
Lazio	0,0	0,0	29,7	1.678.378	5.659.958
Abruzzo	54,8	45,7	40,8	535.419	1.312.266
Molise	46,7	37,7	-	-	-
Campania	39,3	42,4	45,3	2.140.990	4.728.681
Puglia	41,5	40,0	38,1	1.312.716	3.446.860
Basilicata	49,0	46,0	42,9	229.643	535.290
Calabria	45,5	50,5	47,5	790.076	1.664.930
Sicilia	44,2	46,8	-	-	-
Sardegna	49,4	48,1	51,9	694.766	1.338.604
ITALIA	44,2	45,2	41,4	16.776.939	40.543.186
Parametro di riferimento	44,2	45,2	41,4		

INCIDENZA % DEL COSTO DEL PERSONALE OSPEDALIERO SUL COSTO TOTALE DEL PERSONALE E INCIDENZA % DEL COSTO DEL PERSONALE OSPEDALIERO SUL COSTO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA



PERCENTUALE DI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI CON DRG MEDICI

SIGNIFICATO

L'indicatore esplora una delle dimensioni dell'appropriatezza organizzativa, in termini di adeguato utilizzo delle risorse strutturali costituite dai posti letto in dotazione ai reparti chirurgici ospedalieri, rispetto alla casistica trattata, classificata secondo il sistema DRG. Specificamente, misura la quota di ricoveri effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico. Nella lettura dei risultati è opportuno considerare che l'indicatore dipende sia dalla distribuzione della casistica nei due regimi di ricovero, ordinario e day hospital (chirurgico in questo caso), che qui sono valutati insieme, sia dall'assetto organizzativo delle strutture ospedaliere, relativamente alla fase di osservazione e valutazione clinica di alcune patologie in fase acuta.

DESCRIZIONE RISULTATI

La percentuale di ricoveri effettuati presso reparti di chirurgia, cui è stato attribuito un DRG medico, mostra un continuo decremento negli anni 1999-2005, in cui si osserva una diminuzione totale dal 43,4% al 34,3%, corrispondente a una variazione percentuale del 21% circa.

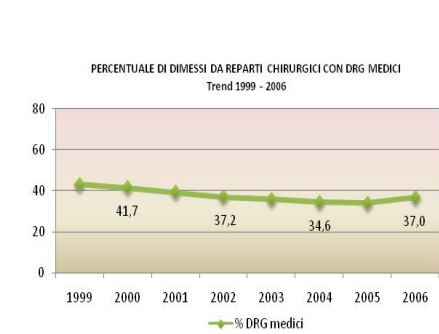
Tuttavia nel 2006 la tendenza varia e il valore nazionale dell'indicatore si riporta al 37% in virtù del fatto che tutte le regioni, a parte Abruzzo, Basilicata e Calabria, registrano una più alta percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medico rispetto al 2005.

All'osservazione dei dati regionali si evidenziano consistenti differenze territoriali: in Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia la proporzione di queste dimissioni è inferiore al 30% già dal 2001, mentre in Calabria, Sicilia e Campania si avvicina al 50% circa. Esiste un gradiente tra regioni del centro nord e del sud dove i valori sono tutti al di sopra del 40% così come nelle P.A. di Trento (43,4) e in quella di Bolzano (44,1) dove nell'ultimo anno i valori dell'indicatore sono cresciuti notevolmente (di oltre il 50% per la P.A. di Trento in particolare).

Fonte dei dati e note

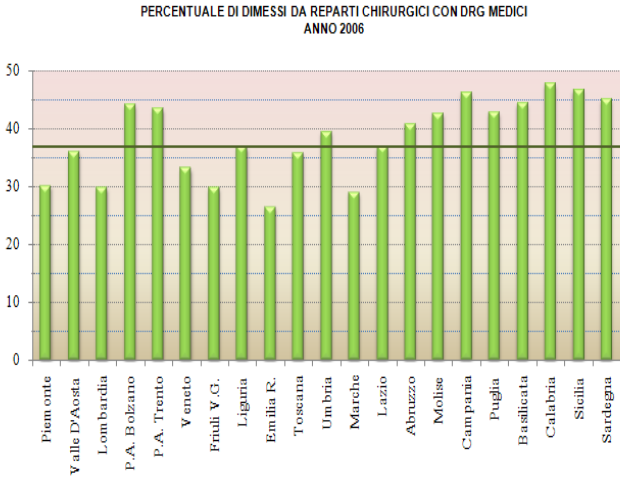
OSSERVAZIONI

L'indicatore è un tassello nella valutazione dell'appropriatezza organizzativa che mette in relazione alcuni aspetti della patologia e delle risorse necessarie al suo trattamento. È bene leggere i risultati dell' indicatore congiuntamente agli altri che indagano la stessa relazione, per capire se sussistono disequilibri nel dimensionamento dell'offerta di posti letto nelle discipline mediche a fronte della domanda di servizi sanitari. I dati sono da interpretare alla luce delle considerazioni sulla molteplicità e diversificazione degli assetti organizzativi a livello locale, per esempio sulla gestione dell'osservazione chirurgica e dei ricoveri urgenti. La sfida dell'appropriatezza, cominciata con la definizione nel DPCM sui LEA del 29 novembre 2001 dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario, si sta sviluppando soprattutto sul versante degli aspetti organizzativi, più facilmente misurabili con i dati correnti, anche se aumenta l'attenzione e la sensibilità agli aspetti clinici, ai percorsi assistenziali "evidence based", alla necessità di costruire strumenti omogenei e condivisi quali linee guida, procedure e protocolli operativi.



Ministero della salute

	ANNO 2004			ANNO 2005		ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi reparti chir. con DRG medico	Totale dimessi reparti chirurgici		
Piemonte	24,2	23,8	30,1	72.342	240.377		
Valle D'Aosta	34,3	33,8	35,9	2.540	7.073		
Lombardia	27,4	27,6	29,8	222.717	747.531		
P.A. Bolzano	37,7	37,8	44,1	16.819	38.146		
P.A. Trento	28,3	27,5	43,4	10.879	25.051		
Veneto	28,1	28,1	33,1	100.183	302.779		
Friuli V.G.	25,5	25,6	29,7	23.450	78.941		
Liguria	34,1	32,8	36,7	37.050	100.817		
Emilia R.	24,2	24,3	26,4	79.014	299.229		
Toscana	28,9	28,4	35,8	73.415	205.076		
Umbria	32,0	31,6	39,4	22.059	56.022		
Marche	24,4	23,8	28,9	28.791	99.503		
Lazio	35,4	34,7	36,8	152.871	415.234		
Abruzzo	42,9	44,0	40,7	51.010	125.264		
Molise	39,0	39,4	42,6	13.116	30.774		
Campania	45,2	45,5	46,1	206.210	447.426		
Puglia	39,3	38,4	42,7	139.244	325.818		
Basilicata	45,3	45,4	44,3	14.500	32.745		
Calabria	49,6	48,7	47,7	70.126	147.004		
Sicilia	47,1	45,9	46,7	160.600	344.252		
Sardegna	41,6	41,3	45,1	53.654	119.048		
ITALIA	34,6	34,3	37,0	1.550.590	4.188.110		
Parametro di riferimento	34,6	34,3	37,0				



PERCENTUALE DI PARTI CESAREI

SIGNIFICATO

In Italia si assiste nel corso degli anni ad un progressivo aumento della frequenza del parto cesareo e si osservano valori nettamente superiori dell'indicatore, calcolato come proporzione di parti effettuati con taglio cesareo sul totale dei parti effettuati, rispetto a quanto rilevato in altri paesi industrializzati. Ciò ha determinato la necessità di monitorare il fenomeno nel tempo al fine di adottare le opportune misure correttive. Tale indicatore di appropriatezza clinica è stato introdotto nel "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", di cui al DM 12 dicembre 2001, ed il parametro di riferimento è stato stabilito pari al 15-20%, sulla base delle esperienze internazionali e dell'osservazione delle regioni italiane. Tale valore in linea con le indicazioni dell'OMS che raccomanda l'utilizzo del taglio cesareo nel 10-15% dei casi. L'orientamento della sanità pubblica è evidente anche nel PSN 2006-2008 in cui si propone "la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo e l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio".

DESCRIZIONE RISULTATI

In linea con la tendenza degli anni precedenti, si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica in Italia: nell'anno 2006, il 38,4% dei parti è stato effettuato con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali. All'osservazione del trend si nota un lento, ma progressivo aumento della frequenza di parti cesarei dal 1998 al 2006, con variazioni annuali inferiori al 2% e un incremento nel periodo considerato del 7%. L'aumento dell'indicatore è costante in tutte le regioni, più evidente nelle regioni del Sud ma sostanziale anche nella Provincia di Bolzano e In Friuli V.G. che, pur facendo registrare i valori minimi, non rispondo più adeguatamente ai parametri di riferimento stabiliti (15-20%). Anche nel 2006 sussiste una notevole disomogeneità regionale nel ricorso al taglio cesareo, la cui frequenza varia dal 23,8% osservato in Friuli V.G. ad addirittura il 60,5% rilevato in Campania. Occorre tuttavia cautela nell'interpretazione di questo dato, considerate le differenze regionali dell'indice di natalità e la tendenza all'utilizzo del taglio cesareo in parti successivi al primo, che non vengono discriminati nel calcolo dell'indicatore.

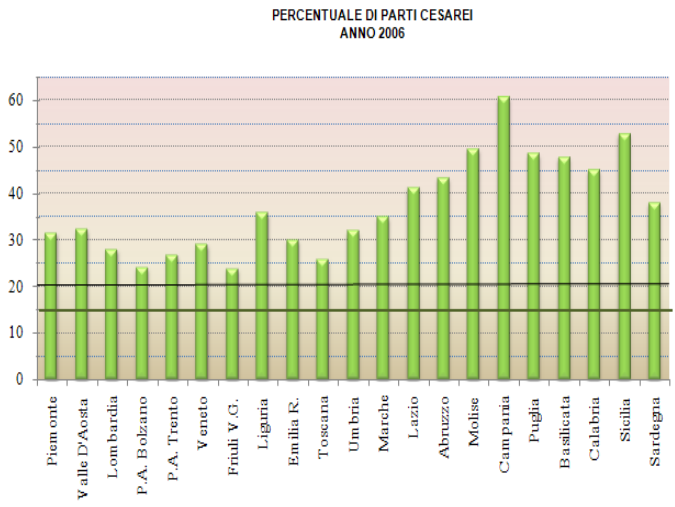
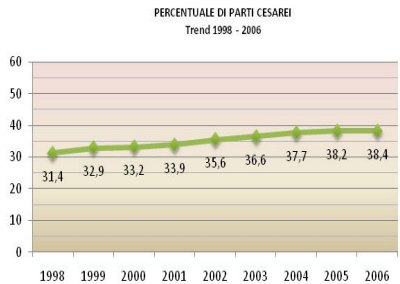
Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo costituisce un fenomeno complesso determinato da molteplici fattori: un "fattore geografico" evidente in molte regioni del centro e del sud ed un "fattore organizzativo" dato dalla maggiore diffusione del taglio cesareo nelle strutture private accreditate; un ruolo fondamentale è esercitato da aspetti "di processo", costituiti dalla variabilità del comportamento dei singoli medici, dalla relazione medico-paziente, dal livello di informazione e preparazione che il personale sanitario fornisce alle pazienti, dalla eccessiva medicalizzazione del percorso nascita. Da sottolineare che il minor ricorso all'intervento chirurgico si registra in quelle regioni dove da tempo si attuano scelte di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e di promozione dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate, anche attraverso l'adozione di politiche tariffarie che prevedono meccanismi di incentivazione del parto naturale e/o disincentivazione del parto cesareo.

Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Numero parti cesarei	Numero totale parti
Piemonte	31,0	31,4	31,4	11.480	36.508
Valle D'Aosta	27,4	30,4	32,2	384	1.191
Lombardia	27,1	28,0	28,0	26.654	95.345
P.A. Bolzano	22,6	23,2	24,1	1.260	5.239
P.A. Trento	28,1	27,2	26,6	1.293	4.861
Veneto	28,6	28,9	29,0	13.355	46.104
Friuli V.G.	23,1	23,9	23,8	2.430	10.205
Liguria	32,4	34,8	35,6	4.253	11.935
Emilia R.	31,0	30,4	30,0	11.824	39.410
Toscana	26,0	26,0	25,8	8.229	31.852
Umbria	31,7	30,7	31,8	2.622	8.244
Marche	35,4	34,8	34,8	4.866	13.970
Lazio	38,7	40,5	41,2	21.460	52.107
Abruzzo	39,9	43,1	43,3	4.526	10.462
Molise	49,2	48,9	49,5	1.161	2.347
Campania	59,0	60,0	60,5	37.350	61.744
Puglia	45,9	47,7	48,4	18.464	38.129
Basilicata	50,5	50,4	47,7	2.217	4.648
Calabria	43,3	43,1	44,9	8.099	18.042
Sicilia	50,7	52,3	52,7	25.771	48.888
Sardegna	39,3	38,9	37,9	4.810	12.697
ITALIA	37,7	38,2	38,4	212.508	553.928
Parametro di riferimento	15-20	15-20	15-20		



PESO MEDIO DEL RICOVERO DEGLI ANZIANI E DEI BAMBINI

SIGNIFICATO

Gli ospedali erogano prestazioni assistenziali con diversi livelli di complessità in base alla tipologia dei pazienti ricoverati. Il peso medio della casistica trattata, classificata secondo il sistema DRG, rappresenta una misura sintetica del grado di complessità del case-mix, in quanto dipende dai pesi relativi DRG specifici pesati per i volumi di ricoveri effettuati. Il peso relativo associato a ciascun DRG evidenzia il rapporto fra l'assorbimento medio di risorse (professionali, tecnologiche ed economiche) di ciascun DRG e il costo medio standard per ricovero, calcolato utilizzando tutte le prestazioni DRG. I pesi relativi italiani utilizzati dal 2006 corrispondono alla versione 19 del sistema di classificazione DRG e sono riportati nel DM 21.11.2005 di "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche, contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" mentre per 2004 e 2005 i pesi relativi sono quelli della versione 10. L'indicatore viene calcolato sui ricoveri effettuati nelle fasce estreme della vita, ovvero nella popolazione infantile, con età minore di 6 anni, e nella popolazione anziana, con età ≥ 65 anni, per valutare l'appropriatezza nell'utilizzo dell'ospedale in termini di concentrazione dei casi complessi. Ai fini del monitoraggio dei livelli di assistenza erogati, l'indicatore è calcolato sui ricoveri per acuti, in riabilitazione e in lungodegenza, separatamente per il regime ordinario e il day hospital.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel periodo 2000-2005 si osserva un aumento della complessità della casistica trattata in regime ordinario soprattutto nelle età superiori o uguali a 65 anni mentre il dato 2006 non è confrontabile per quanto suddetto; i pazienti anziani esprimono bisogni assistenziali mediamente più complessi e quindi impegnano maggiori risorse dell'ospedale (1,23 nel 2006) rispetto a tutti i dimessi. Al contrario, nella popolazione infantile, la complessità dei ricoveri rimane in generale inferiore alla complessità di tutti i ricoveri.

L'analisi delle distribuzioni regionali del peso medio dei ricoveri in modalità ordinaria mette in evidenza, sia negli anziani che nei bambini, una notevole variabilità nella complessità dei casi trattati fra le regioni centro-settentrionali e le regioni del sud del Paese, per cui si osserva un gradiente Nord-Sud: nel 2006 il peso medio dei ricoveri negli anziani (in Italia 1,23) varia da valori inferiori a 1,10 in Calabria e Sardegna a valori superiori a 1,30 in Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria; nei bambini il peso medio della casistica (valore nazionale 1,01) varia da valori inferiori alla media nazionale in gran parte delle regioni del centro sud e maggiori di 1,20 in Piemonte e Toscana. Per quanto riguarda la complessità della casistica trattata in day hospital si evidenzia naturalmente un valore dell'indicatore più contenuto, a livello nazionale, sia nei ricoveri dei bambini che degli anziani, che può dipendere da un lato dallo spostamento della casistica meno complessa in regimi territoriali di diagnosi e cura, dall'altro dalle strategie adottate per migliorare l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ed utilizzare in modo più efficiente le risorse ospedaliere. Inoltre si osserva che la composizione dei ricoveri in day hospital, e quindi il livello di risorse assorbite, è più omogenea in termini di peso relativo dei DRG attribuiti, fra le due popolazioni studiate rispetto al regime ordinario.

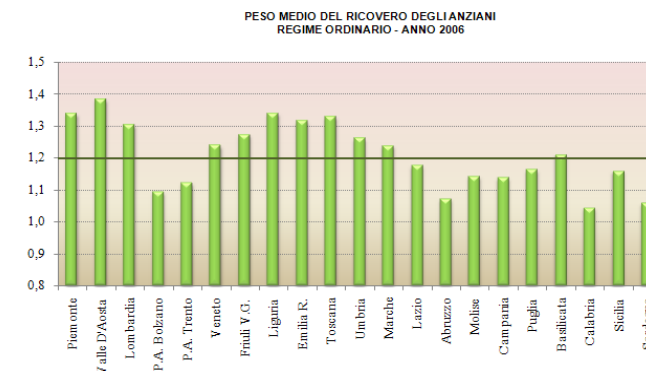
L'osservazione dei dati regionali relativi al 2006 mostra che il peso medio dei ricoveri effettuati in day hospital varia da 0,49 (Umbria) a 0,89 (Emilia R.) nei bambini (valore nazionale 0,67) e da 0,75 (Molise, Puglia e Sardegna) a 0,94 (Emilia R.) nella popolazione ultrasessantacinquenne (valore nazionale 0,81).

PESO MEDIO DEL RICOVERO (*) DEGLI ANZIANI IN REGIME ORDINARIO

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Somma pesi ricoveri anziani	Numero ricoveri anziani
Piemonte	1,60	1,63	1,34	315.418	235.797
Valle D'Aosta	1,61	1,64	1,38	8.569	6.200
Lombardia	1,55	1,56	1,30	770.775	591.593
P.A. Bolzano	1,37	1,37	1,09	35.920	32.892
P.A. Trento	1,39	1,39	1,12	34.682	30.915
Veneto	1,53	1,54	1,24	344.342	278.178
Friuli V.G.	1,57	1,58	1,27	99.554	78.300
Liguria	1,57	1,61	1,34	149.363	111.531
Emilia R.	1,58	1,59	1,31	397.384	302.325
Toscana	1,62	1,64	1,33	294.324	221.744
Umbria	1,54	1,57	1,26	67.743	53.763
Marche	1,51	1,53	1,24	122.980	99.398
Lazio	1,41	1,44	1,18	399.438	339.920
Abruzzo	1,31	1,32	1,07	126.798	118.321
Molise	1,33	1,39	1,14	31.969	28.009
Campania	1,36	1,38	1,14	327.637	288.341
Puglia	1,37	1,40	1,16	291.416	250.750
Basilicata	1,38	1,43	1,21	39.992	33.087
Calabria	1,25	1,29	1,04	119.970	115.067
Sicilia	1,37	1,39	1,16	324.342	280.082
Sardegna	1,25	1,27	1,06	98.212	92.802
ITALIA	1,47	1,49	1,23	4.400.828	3.589.015
Parametro di riferimento	1,47	1,49	1,23		

(*) Discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza

NB: A partire dall'anno 2006 è stata adottata la versione 19° del sistema DRG ed il sistema di pesi Medicare 2002; pertanto, i valori non sono confrontabili con gli anni precedenti.



OSSERVAZIONI

Il peso medio della casistica trattata misura la capacità dell'ospedale di concentrare i casi più complessi ed indirettamente dell'attitudine dei servizi territoriali, e in particolare di altri livelli di assistenza, a garantire la presa in carico dei pazienti che necessitano di percorsi diagnostico-terapeutici meno impegnativi dal punto di vista dell'assorbimento di risorse professionali, tecnologiche, strutturali nonché finanziarie.

Dall'analisi dei dati risulta che i ricoveri degli ultrasessantacinquenni presentano nel tempo una maggiore complessità, presumibilmente per la maggiore attenzione alla gestione territoriale delle patologie cronico-degenerative. Qualche effetto sul progressivo aumento, sebbene lento, della complessità in questa fascia di popolazione potrebbe inoltre essere dovuto ai fattori demografici di continuo invecchiamento della popolazione unitamente al miglioramento della qualità dei processi assistenziali. Diversa è l'impressione che deriva dalla valutazione dell'indicatore nei bambini di età compresa fra 0-6 anni, che pongono alcune perplessità circa i modelli organizzativi adottati dalle varie regioni e l'appropriatezza dei ricoveri in età pediatrica, peraltro confermati dai tassi di ospedalizzazione pediatrica che risultano più elevati in Italia, rispetto a vari Paesi europei.

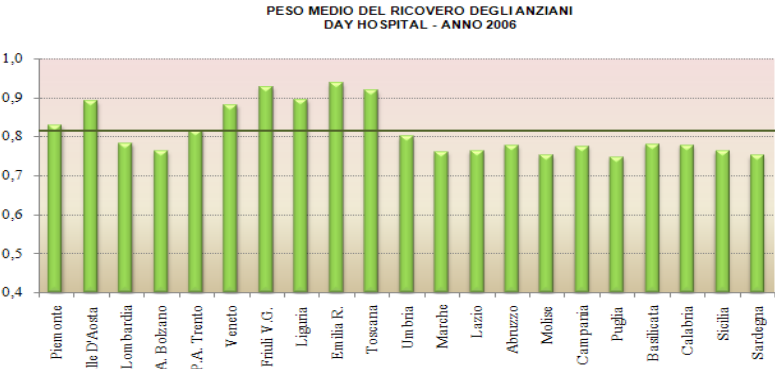
Si sottolinea, infine, che il peso medio rappresenta una misura sintetica e pertanto può descrivere in modo più accurato il livello di efficienza tecnica ospedaliera e l'appropriatezza nell'uso dell'ospedale attraverso una lettura congiunta di altri indicatori quali la degenza media, anche standardizzata per il case-mix, la percentuale di ricoveri con complicanze e la percentuale di ricoveri brevi e lunghi.

PESO MEDIO DEL RICOVERO (*) DEGLI ANZIANI IN DAY HOSPITAL

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Somma pesi ricoveri anziani	Numero ricoveri anziani
Piemonte	0,87	0,89	0,83	91.249	110.055
Valle D'Aosta	0,99	0,97	0,89	2.116	2.377
Lombardia	0,87	0,86	0,78	173.442	221.641
P.A. Bolzano	0,88	0,89	0,76	6.184	8.114
P.A. Trento	0,86	0,86	0,82	7.450	9.132
Veneto	0,86	0,89	0,88	71.020	80.591
Friuli V.G.	0,94	0,97	0,93	11.852	12.778
Liguria	0,94	0,95	0,89	45.449	50.808
Emilia R.	0,93	0,95	0,94	60.812	64.927
Toscana	0,96	0,98	0,92	52.260	56.922
Umbria	0,86	0,89	0,80	15.077	18.849
Marche	0,83	0,83	0,76	25.085	32.976
Lazio	0,85	0,84	0,76	93.603	122.633
Abruzzo	0,89	0,89	0,78	22.773	29.330
Molise	0,92	0,87	0,75	6.240	8.301
Campania	0,87	0,88	0,77	73.734	95.164
Puglia	0,81	0,83	0,75	45.210	60.507
Basilicata	0,87	0,86	0,78	10.648	13.657
Calabria	0,88	0,89	0,78	25.958	33.413
Sicilia	0,86	0,87	0,76	118.161	154.883
Sardegna	0,81	0,82	0,75	20.976	27.916
ITALIA	0,87	0,88	0,81	979.299	1.214.974
Parametro di riferimento	0,87	0,88	0,81		

(*) Discipline per acuti, riabilitazione

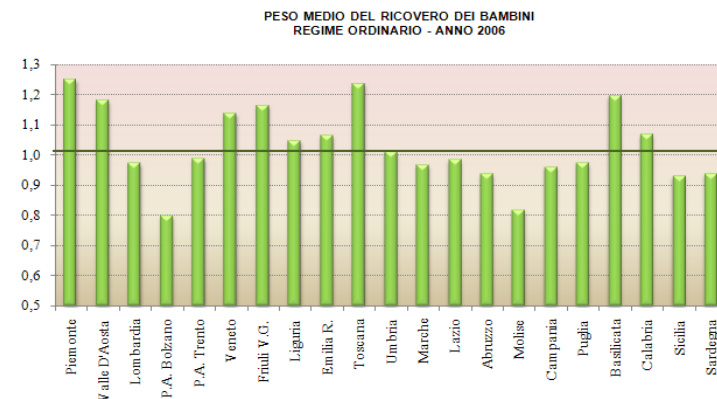
NB: A partire dall'anno 2006 è stata adottata la versione 19° del sistema DRG ed il sistema di pesi Medicare 2002; pertanto, i valori non sono confrontabili con gli anni precedenti.



PESO MEDIO DEL RICOVERO DEGLI ANZIANI E DEI BAMBINI

PESO MEDIO DEL RICOVERO (*) DEI BAMBINI (eta' 0 - 6 anni) - REGIME ORDINARIO

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006		ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Somma dei pesi	N. ricovero bambini (0-6 anni)
Piemonte	0,85	0,86	1,25	39.866	31.915
Valle D'Aosta	0,71	0,89	1,18	715	606
Lombardia	0,79	0,79	0,97	98.058	100.886
P.A. Bolzano	0,66	0,70	0,80	4.545	5.703
P.A. Trento	0,90	0,88	0,99	2.704	2.739
Veneto	0,92	0,94	1,14	35.509	31.209
Friuli V.G.	0,87	0,91	1,16	7.064	6.071
Liguria	0,92	0,93	1,05	17.089	16.335
Emilia R.	0,85	0,86	1,06	37.326	35.125
Toscana	0,94	0,96	1,24	28.197	22.806
Umbria	0,76	0,75	1,01	7.403	7.344
Marche	0,82	0,82	0,96	12.079	12.518
Lazio	0,83	0,83	0,98	60.776	61.875
Abruzzo	0,70	0,71	0,94	13.436	14.358
Molise	0,66	0,65	0,82	2.647	3.237
Campania	0,80	0,80	0,96	60.651	63.220
Puglia	0,77	0,77	0,97	51.771	53.258
Basilicata	0,79	0,80	1,19	5.014	4.200
Calabria	0,77	0,79	1,07	19.957	18.696
Sicilia	0,76	0,77	0,93	61.877	66.600
Sardegna	0,79	0,79	0,94	14.732	15.720
ITALIA	0,81	0,82	1,01	581.416	574.421
Parametro di riferimento	0,81	0,82	1,01		

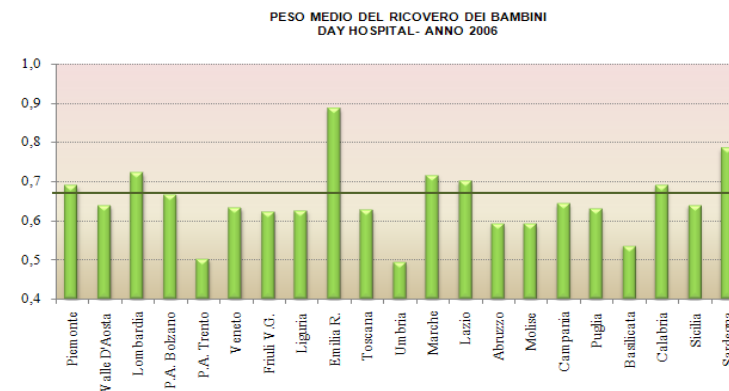


(*) Discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza

NB: A partire dall'anno 2006 è stata adottata la versione 19° del sistema DRG ed il sistema di pesi Medicare 2002; pertanto, i valori non sono confrontabili con gli anni precedenti.

PESO MEDIO DEL RICOVERO (*) DEI BAMBINI (eta' 0 - 6 anni) - REGIME DAY HOSPITAL

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006		ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Somma dei pesi	N. ricovero bambini (0-6 anni)
Piemonte	0,67	0,66	0,69	6.284	9.115
Valle D'Aosta	0,66	0,61	0,64	58	91
Lombardia	0,68	0,68	0,72	18.727	25.961
P.A. Bolzano	0,64	0,62	0,67	1.126	1.692
P.A. Trento	0,55	0,59	0,50	500	998
Veneto	0,60	0,60	0,63	7.166	11.341
Friuli V.G.	0,63	0,64	0,62	1.560	2.507
Liguria	0,65	0,64	0,63	6.939	11.098
Emilia R.	0,75	0,75	0,89	5.586	6.309
Toscana	0,64	0,67	0,63	7.929	12.651
Umbria	0,57	0,56	0,49	828	1.681
Marche	0,74	0,71	0,71	2.124	2.976
Lazio	0,70	0,68	0,70	32.079	45.842
Abruzzo	0,63	0,63	0,59	2.656	4.489
Molise	0,65	0,61	0,59	365	618
Campania	0,66	0,65	0,64	18.927	29.485
Puglia	0,64	0,63	0,63	4.336	6.892
Basilicata	0,57	0,57	0,53	663	1.241
Calabria	0,68	0,69	0,69	4.110	5.969
Sicilia	0,64	0,64	0,64	18.418	28.833
Sardegna	0,71	0,75	0,78	2.161	2.756
ITALIA	0,67	0,66	0,67	142.542	212.545
Parametro di riferimento	0,67	0,66	0,67		



(*) Discipline per acuti, riabilitazione

TASSO DI UTILIZZO

SIGNIFICATO

L'indicatore è definito come rapporto percentuale fra il numero di giornate di degenza effettivamente erogate nelle discipline per acuti ed il numero delle giornate di degenza disponibili. Queste ultime sono pari al numero medio di posti letto disponibili quotidianamente moltiplicato per 365 giorni. Il tasso di utilizzo, pertanto, esprime la quota parte di posti letto mediamente occupati e fornisce una misura dell'utilizzo delle strutture ospedaliere: valori bassi sono sintomo di scarso utilizzo delle risorse e, di conseguenza, di scarsa efficienza, mentre valori elevati possono essere sentinella di un eventuale sovraccarico delle unità operative, ma anche di un eccessivo ricorso all'assistenza ospedaliera. Il parametro di riferimento è stato stabilito nell'intervallo 70 - 75 %.

DESCRIZIONE RISULTATI

Dall'analisi dei dati si può osservare una discreta uniformità nei valori regionali intorno all'intervallo di riferimento. Il valore nazionale, pari a 73,04%, si colloca all'interno dell'intervallo di riferimento fissato dal legislatore. La P.A. di Trento, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, la Campania, la Basilicata, la Calabria e la Sardegna sono al di sotto del valore minimo di riferimento mentre il Piemonte, il Veneto, la Liguria, le Marche, il Lazio, il Molise e la Puglia si collocano leggermente al di sopra del valore massimo di riferimento.

Nel triennio considerato si registra una sostanziale diminuzione del tasso che passa da 75,24 nel 2004 a 73,04 nel 2006, con un massimo nel 2005 quando la percentuale è stata pari al 76,33.

Dai valori regionali rilevati si può dedurre che la razionalizzazione delle risorse non ha prodotto sovraccarichi delle strutture o deficit di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

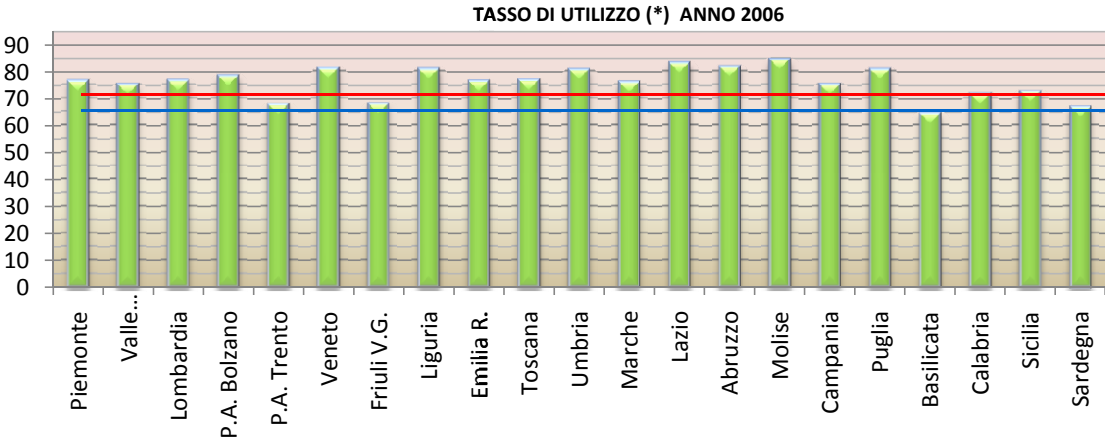
Il tasso di utilizzo, indicatore storico di efficienza operativa, è in genere sintomo di sovraccarico delle strutture quando supera il 90% e di scarsa efficienza quando registra valori inferiori al 60%. Il valore assunto a livello regionale è il risultato di situazioni molto diversificate all'interno della regione e andrebbe debitamente analizzato congiuntamente all'organizzazione della rete ospedaliera (accorpamenti o riconversioni delle strutture) e con la casistica trattata e le relative degenze DRG-specifiche.

Ministero della salute

TASSO DI UTILIZZO (*) (in percentuale)

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Giornate effettive	Giornate disponibili
Piemonte	75,7	75,9	76,3	3.748.602	4.911.075
Valle D'Aosta	75,3	74,6	71,0	118.190	166.440
Lombardia	74,6	76,0	72,2	8.671.698	12.011.785
P.A. Bolzano	75,6	77,7	74,6	499.367	669.045
P.A. Trento	69,8	67,2	63,8	418.311	655.175
Veneto	79,4	80,6	79,1	4.507.658	5.696.190
Friuli V.G.	68,2	67,5	69,8	1.148.128	1.645.055
Liguria	82,3	80,4	77,4	1.689.475	2.183.065
Emilia R.	72,1	75,8	74,6	3.929.115	5.264.760
Toscana	75,7	76,2	69,3	3.220.752	4.650.465
Umbria	75,7	80,1	72,0	710.254	986.230
Marche	72,6	75,5	75,7	1.394.139	1.840.695
Lazio	83,0	82,6	78,1	5.978.533	7.658.795
Abruzzo	77,2	81,2	73,2	1.448.419	1.978.300
Molise	83,7	83,8	79,2	414.040	523.045
Campania	75,6	74,6	68,2	4.375.269	6.414.875
Puglia	81,8	80,2	78,9	3.885.720	4.923.850
Basilicata	63,0	63,9	66,5	461.395	693.500
Calabria	63,0	71,0	65,6	1.721.183	2.625.445
Sicilia	70,2	72,0	70,5	4.162.374	5.904.240
Sardegna	66,3	66,2	59,8	1.573.978	2.630.190
ITALIA	75,2	76,3	73,0	54.076.600	74.032.220
Parametro riferimento	70-75	70-75	70-75		

(*) Disciplina per acuti, regime ordinario



DEGENZA MEDIA GREZZA E STANDARDIZZATA PER CASE MIX REGIME ORDINARIO (in giorni)

SIGNIFICATO

L'indicatore è definito come il rapporto fra il numero di giornate effettivamente erogate in regime di degenza ordinaria (nelle discipline per acuti) ed il numero di dimissioni. La standardizzazione per case-mix è necessaria per eliminare l'effetto confondente rappresentato dalla diversa complessità della casistica trattata, in modo da rendere direttamente confrontabili i valori assunti dalle diverse regioni.

DESCRIZIONE RISULTATI

Dall'analisi dei dati si evidenzia una netta differenza nelle prestazioni delle regioni del nord e del sud italia. In genere le regioni del centro-nord presentano una degenza grezza superiore al valore medio nazionale, che, però, si riduce con la standardizzazione, indicando in tal modo che lo scarto è giustificato da una complessità della casistica superiore alla media nazionale. Le regioni del centro-sud italia, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale, che, tuttavia, aumentano con la standardizzazione, indicando una minore complessità della casistica. Il grafico sottostante, che riporta il trend degli ultimi anni mette in evidenza come dopo una progressiva riduzione del valore medio nazionale, la degenza media si sia attestata intorno al 6,7 giorni.

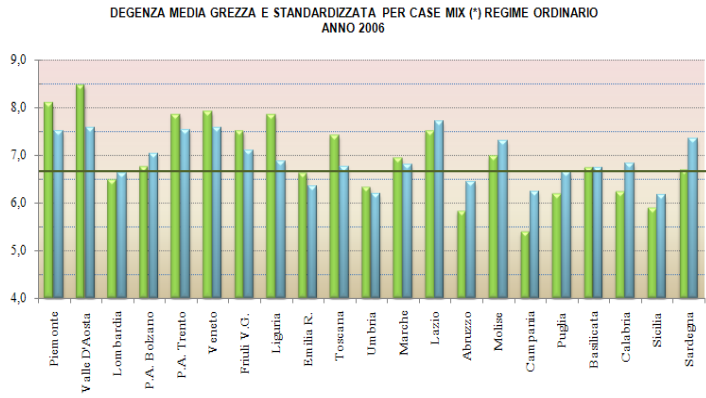
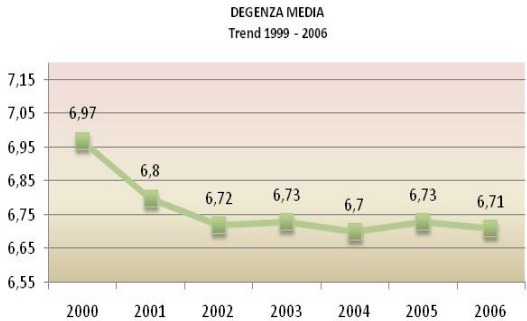
Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

L'indicatore standardizzato permette di confrontare l'efficienza delle diverse regioni sul piano dell'assistenza ospedaliera, dal momento che la standardizzazione riconduce le diverse realtà regionali ad una medesima casistica di riferimento, eliminando l'effetto confondente dovuto ad una diversa complessità media. D'altra parte, lo scarto fra degenza grezza e standardizzata permette di valutare le differenze di complessità esistenti fra regione e regione: una degenza standardizzata maggiore di quella grezza, infatti, sta ad indicare una complessità inferiore alla complessità media nazionale e, quindi, una minore efficienza; per contro, una complessità superiore alla media potrebbe giustificare valori relativamente alti dell'indicatore di degenza media, da non interpretare, in tal caso, come sintomo di inefficienza.

Ministero della salute

	ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2006	
	Stand. per Case Mix	Grezza	Stand. per Case Mix	Grezza	Stand. per Case Mix	Grezza	N. dimissioni	N. giornate effettive
	Indicatore		Indicatore		Indicatore			
Piemonte	8,08	7,67	8,10	7,68	8,08	7,50	463.876	3.748.602
Valle D'Aosta	8,57	7,91	8,39	7,79	8,46	7,56	13.974	118.190
Lombardia	6,42	6,66	6,48	6,78	6,48	6,63	1.338.847	8.671.698
P.A. Bolzano	6,81	7,34	6,75	7,19	6,74	7,03	74.052	499.367
P.A. Trento	7,70	7,44	7,75	7,56	7,85	7,52	53.313	418.311
Veneto	7,88	7,58	7,86	7,58	7,90	7,57	570.263	4.507.658
Friuli V.G.	7,51	7,14	7,41	7,10	7,50	7,10	153.043	1.148.128
Liguria	7,86	7,08	7,80	7,00	7,84	6,86	215.625	1.689.475
Emilia R.	6,64	6,42	6,61	6,43	6,61	6,34	594.513	3.929.115
Toscana	7,47	6,89	7,49	6,94	7,41	6,75	434.551	3.220.752
Umbria	6,41	6,38	6,30	6,25	6,32	6,18	112.368	710.254
Marche	6,91	6,87	6,93	6,92	6,93	6,80	201.279	1.394.139
Lazio	7,64	7,94	7,63	7,93	7,51	7,71	796.525	5.978.533
Abruzzo	6,03	6,68	5,98	6,73	5,82	6,43	248.780	1.448.419
Molise	6,97	7,53	7,12	7,57	6,97	7,30	59.393	414.040
Campania	5,51	6,42	5,44	6,34	5,38	6,24	812.956	4.375.269
Puglia	6,04	6,63	6,21	6,77	6,17	6,64	629.318	3.885.720
Basilicata	6,68	7,02	6,77	6,96	6,72	6,83	68.632	461.395
Calabria	6,09	6,82	6,26	6,98	6,24	6,83	275.986	1.721.183
Sicilia	5,72	6,17	5,81	6,21	5,89	6,17	707.148	4.162.374
Sardegna	6,63	7,49	6,65	7,49	6,69	7,34	235.167	1.573.978
ITALIA	6,70	6,70	6,73	6,73	6,71	6,71	8.059.609	54.076.600
Parametro di riferimento	6,70	6,70	6,73	6,73	6,71	6,71		



NB: A partire dall'anno 2006 è stata adottata la versione 19° del sistema DRG; pertanto, i valori non sono confrontabili con gli anni precedenti.

PERCENTUALE DI RICOVERI BREVI

SIGNIFICATO

La valutazione dei ricoveri "brevi", caratterizzati da un numero esiguo di giornate di degenza, di 2-3 giorni, effettuati nelle discipline per acuti costituisce, insieme agli altri indicatori basati sulla durata della degenza, quali la degenza media, grezza e standardizzata per il case-mix, le giornate di degenza erogate, la percentuale di ricoveri lunghi, il numero di ricoveri di 0-1 giorno, uno degli elementi conoscitivi della dimensione "efficienza operativa" degli ospedali per acuti e pertanto contribuisce all'analisi dell'appropriatezza dell'uso delle risorse ospedaliere. Tuttavia l'indicatore non è di univoca interpretazione, poiché si può avere un incremento sia per un utilizzo più efficiente delle risorse che per un ricorso eccessivo ed inappropriato al ricovero ordinario o alla dimissione precoce. E' importante quindi, per una corretta interpretazione, la lettura congiunta di questi indicatori, e la valutazione della composizione della casistica trattata, nonché la disponibilità di informazioni "controllate", per evitare effetti determinati dal sistema di finanziamento a prestazione dell'attività erogata.

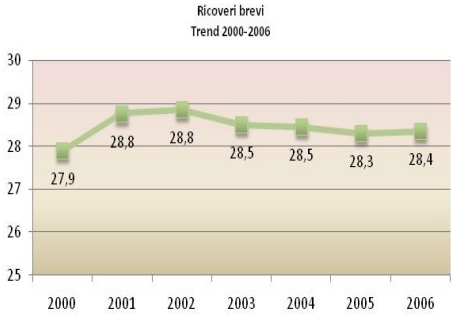
DESCRIZIONE RISULTATI

Nel periodo 2000-2006 la percentuale di ricoveri brevi effettuati nelle discipline per acuti è lievemente aumentata a livello nazionale, dal 27,9% del 2000 al 28,4% del 2006. Si osserva un andamento crescente dell'indicatore, superiore al valore nazionale di riferimento nel 2006 in Abruzzo, Molise, Sardegna ma soprattutto Sicilia, mentre il trend è in diminuzione, con valori inferiori al valore nazionale, specie nelle Marche, in Friuli V.G. ed in Valle D'Aosta. Nel 2006 la percentuale di ricoveri brevi oscilla da un minimo di 23,6% nelle Marche ad un massimo di 36,1% in Sicilia. Si ha in generale una discreta variabilità regionale con un maggior ricorso al ricovero breve nel sud; in Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna si effettuano circa un terzo dei ricoveri della durata di 2-3 giorni, mentre in Valle d'Aosta, Friuli, Marche e Veneto l'indicatore è al 25% circa. Da tener presente che i criteri di definizione dei casi sono basati solo sulle giornate di degenza in regime ordinario e non sono quindi selettivi rispetto alla modalità di dimissione o alle cause di ricovero: pertanto, ad esempio, sono inclusi fra i ricoveri brevi anche quelli di soggetti trasferiti o deceduti, e le dimissioni per parto.

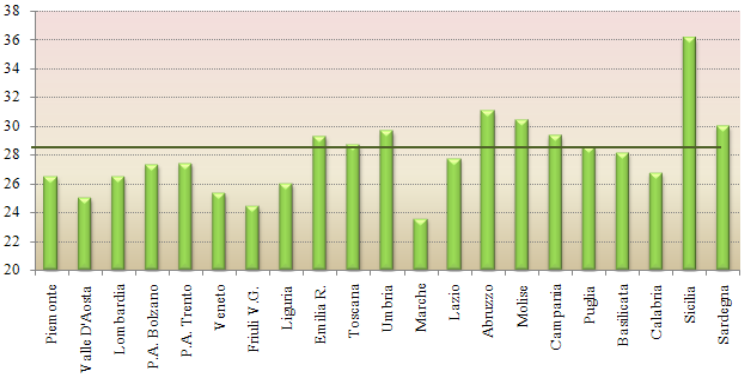
OSSERVAZIONI

Oltre al ricorso a forme di assistenza alternative al ricovero ordinario, l'obiettivo di recuperare efficienza operativa si può raggiungere mediante un utilizzo più appropriato delle risorse ospedaliere, che si traduce sia in un vantaggio organizzativo che economico, in quanto razionalizza l'uso delle risorse e migliora il rapporto costi/benefici, ma anche in un beneficio per il paziente poiché aumenta la coerenza e la rispondenza dell'offerta di servizi sanitari alla domanda di salute espressa dalla popolazione. La durata della degenza è una delle caratteristiche del ricovero che influenza l'efficienza operativa ospedaliera, pertanto è opportuno monitorare nel tempo gli indicatori costruiti sulle giornate di degenza al fine di individuare le situazioni di utilizzo "improprio" del ricovero in regime ordinario per acuti ed adottare controlli più mirati e misure correttive più adeguate, anche al fine di discriminare i comportamenti virtuosi da quelli opportunistici. A tal fine, sarebbe inoltre opportuno migliorare la struttura di calcolo dell'indicatore, raffinando i criteri di selezione dei ricoveri con informazioni aggiuntive rispetto alla durata della degenza.

	ANNO 2004			ANNO 2005		ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimissioni brevi (2-3 gg.)	Dimissioni
Piemonte	28,89	27,21	26,48			122.824	463.876
Valle D'Aosta	25,87	25,04	24,98			3.491	13.974
Lombardia	26,20	26,21	26,47			354.445	1.338.847
P.A. Bolzano	28,26	27,24	27,31			20.221	74.052
P.A. Trento	27,11	27,47	27,40			14.610	53.313
Veneto	25,46	25,44	25,33			144.423	570.263
Friuli V.G.	24,52	24,36	24,41			37.361	153.043
Liguria	25,87	25,92	25,98			56.030	215.625
Emilia R.	28,70	28,94	29,26			173.955	594.513
Toscana	27,77	28,11	28,66			124.564	434.551
Umbria	28,49	29,70	29,64			33.309	112.368
Marche	23,91	23,60	23,56			47.424	201.279
Lazio	27,38	27,53	27,71			220.700	796.525
Abruzzo	31,90	31,71	31,02			77.178	248.780
Molise	28,73	30,05	30,42			18.070	59.393
Campania	29,30	29,17	29,34			238.496	812.956
Puglia	28,69	28,17	28,54			179.638	629.318
Basilicata	25,81	26,65	28,12			19.302	68.632
Calabria	26,72	26,32	26,71			73.721	275.986
Sicilia	36,33	36,46	36,10			255.313	707.148
Sardegna	32,20	30,65	29,97			70.470	235.167
ITALIA	28,46	28,30	28,36			2.285.545	8.059.609
Parametro di riferimento	28,50	28,30	28,36				



PERCENTUALE RICOVERI BREVI - ANNO 2006



PERCENTUALE DI RICOVERI LUNGHİ (durata oltre 60 giorni)

SIGNIFICATO

La valutazione dei ricoveri "lunghi", caratterizzati da una degenza prolungata, superiore ai 60 giorni di durata, calcolata sulle dimissioni nelle discipline per acuti, contribuisce all'analisi dell'appropriatezza dell'uso delle risorse ospedaliere in modo particolare rispetto agli altri indicatori basati sulla durata della degenza. La soglia definita, pari a 60 giornate di degenza, è utile a descrivere la capacità delle strutture territoriali ad accogliere i pazienti trattati nel regime per acuti, che necessitano tuttavia di assistenza sanitaria in ambiente protetto. Pertanto, l'indicatore in esame coglie in particolare i collegamenti funzionali fra l'ospedale per acuti e la rete di offerta territoriale. E' importante però, per una corretta interpretazione, considerare la notevole spinta all'aumento dell'efficienza operativa ospedaliera determinata dall'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione dell'attività erogata.

DESCRIZIONE RISULTATI

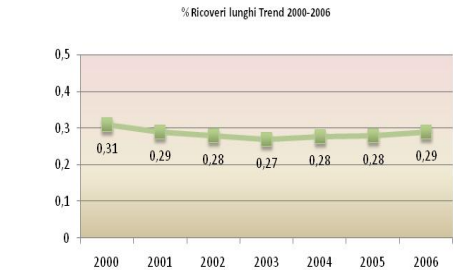
Nel periodo 2000-2003 la percentuale di ricoveri lunghi effettuati nelle discipline per acuti è diminuita a livello nazionale, dallo 0,31% allo 0,27%, mentre è stabile nel successivo triennio 2004-2006 fino allo 0,29%.

Nell'anno 2006 la percentuale di ricoveri con prolungata degenza oscilla da un minimo di 0,14% in Puglia a un massimo di 0,99% in Valle d'Aosta, con una discreta variabilità regionale: tra le regioni, oltre la Valle D'Aosta, presentano valori superiori allo 0,50% il Piemonte ed il Lazio mentre i valori inferiori dell'indicatore si rilevano nelle regioni del sud e quasi tutti sotto lo 0,20% a parte la Sardegna (0,29%).

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

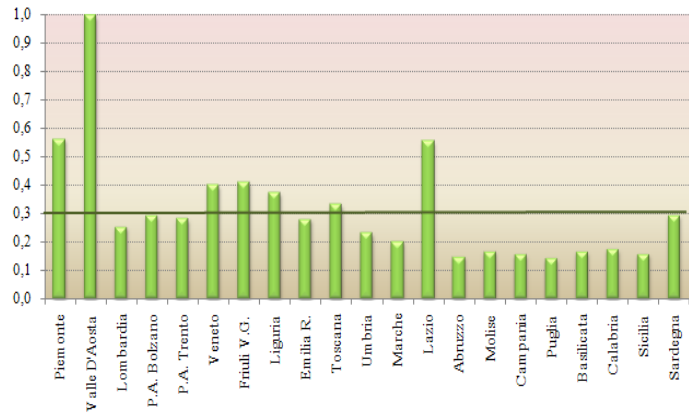
Al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel breve-medio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale. A partire dagli inizi degli anni Novanta è stato dato grande impulso alle forme alternative al ricovero in regime ordinario: negli interventi normativi, si è più volte ribadita la necessità di investire nel day hospital e di favorire il trattamento dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza in strutture extra-ospedaliere quali le residenze sanitarie assistenziali. In questa prospettiva di territorializzazione dell'assistenza sanitaria, è opportuno monitorare nel tempo gli indicatori costruiti sulle giornate di degenza al fine di individuare le situazioni di utilizzo "improprio" del ricovero in regime ordinario per acuti ed adottare controlli più mirati e misure correttive più adeguate.



Ministero della salute

	ANNO 2004			ANNO 2005		ANNO 2006		
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimissioni lunghe > 60 gg.	Dimissioni	Dimissioni
Piemonte	0,54	0,54	0,56			2.603	463.865	
Valle D'Aosta	0,99	0,82	0,99			139	13.974	
Lombardia	0,23	0,23	0,25			3.380	1.338.833	
P.A. Bolzano	0,33	0,32	0,29			216	74.048	
P.A. Trento	0,29	0,28	0,28			150	53.311	
Veneto	0,38	0,38	0,40			2.273	570.256	
Friuli V.G.	0,38	0,38	0,41			627	153.039	
Liguria	0,40	0,36	0,37			804	215.619	
Emilia R.	0,28	0,28	0,28			1.665	594.489	
Toscana	0,32	0,34	0,33			1.437	434.534	
Umbria	0,23	0,21	0,23			259	112.368	
Marche	0,19	0,19	0,20			406	201.276	
Lazio	0,50	0,55	0,55			4.402	796.447	
Abruzzo	0,14	0,16	0,15			368	248.775	
Molise	0,27	0,28	0,17			99	59.391	
Campania	0,20	0,15	0,15			1.256	812.942	
Puglia	0,13	0,15	0,14			891	629.312	
Basilicata	0,13	0,17	0,16			113	68.631	
Calabria	0,15	0,17	0,17			476	275.941	
Sicilia	0,14	0,15	0,16			1.114	707.111	
Sardegna	0,27	0,28	0,29			691	235.165	
ITALIA	0,28	0,28	0,29			23.369	8.059.327	
Parametro di riferimento	0,28	0,28	0,29					

PERCENTUALE RICOVERI LUNGHİ (durata degenza oltre 60gg) - ANNO 2006



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER PARTICOLARI INTERVENTI CHIRURGICI (cataratta, sostituzione dell'anca e by-pass coronarico)

SIGNIFICATO

L'indicatore esprime la domanda di ospedalizzazione per il trattamento chirurgico di alcune patologie molto diffuse nella popolazione ultrasessantacinquenne. Gli interventi considerati sono la cataratta, la sostituzione dell'anca e il by-pass aortocoronarico, individuati mediante gli specifici codici ICD9CM nelle schede di dimissione ospedaliera. La rilevanza degli indicatori prescelti per monitorare l'erogazione dei LEA trova riscontro negli obiettivi del programma Health For All che considera tali procedure necessarie per migliorare i livelli di autonomia e benessere della popolazione anziana. L'indicatore viene calcolato come rapporto tra il numero di dimessi con età ≥ 65 anni per la specifica procedura considerata e la popolazione residente ultrasessantacinquenne. Per quanto riguarda la cataratta, si considerano tutte le dimissioni, sia in regime ordinario sia in day hospital, effettuate da tutte le strutture pubbliche e private accreditate; per le altre due procedure si selezionano solo i dimessi in modalità ordinaria.

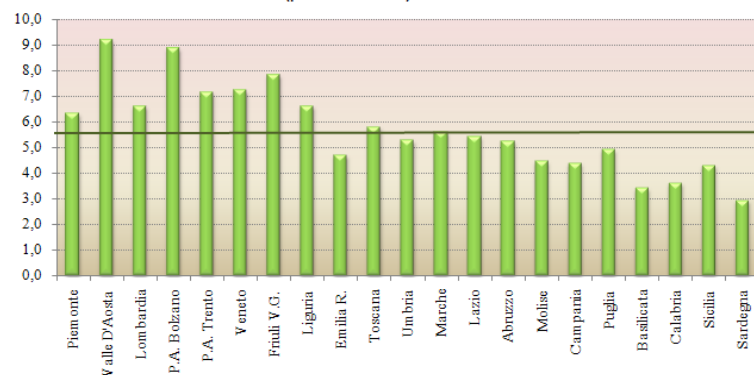
T.O. Cataratta

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi per cataratta	Popolazione residente ≥ 65 anni
Piemonte	41,06	38,58	38,74	37.734	974.014
Valle D'Aosta	29,00	25,42	29,32	734	25.032
Lombardia	39,67	39,65	40,03	73.730	1.841.882
P.A. Bolzano	36,64	35,44	33,28	2.663	80.014
P.A. Trento	34,84	36,49	36,06	3.393	94.088
Veneto	24,19	12,84	7,21	6.555	908.936
Friuli V.G.	16,47	13,90	8,12	2.213	272.512
Liguria	34,54	34,72	8,48	3.621	426.866
Emilia R.	22,77	15,47	9,33	8.875	951.401
Toscana	5,15	3,66	2,85	2.397	840.439
Umbria	34,78	27,57	19,91	4.022	202.039
Marche	43,91	42,77	43,76	15.100	345.099
Lazio	43,86	44,37	23,65	23.983	1.014.196
Abruzzo	39,50	39,87	41,04	11.398	277.723
Molise	31,51	31,40	32,74	2.308	70.496
Campania	29,96	29,03	27,88	24.712	886.485
Puglia	36,41	36,35	36,57	25.711	703.049
Basilicata	35,76	33,76	31,48	3.713	117.946
Calabria	35,00	34,72	32,22	11.811	366.541
Sicilia	41,56	38,97	40,56	36.579	901.884
Sardegna	47,15	46,41	42,67	12.447	291.693
ITALIA	33,37	31,10	27,06	313.699	11.592.335
Parametro di riferimento	33,37	31,10	27,06		

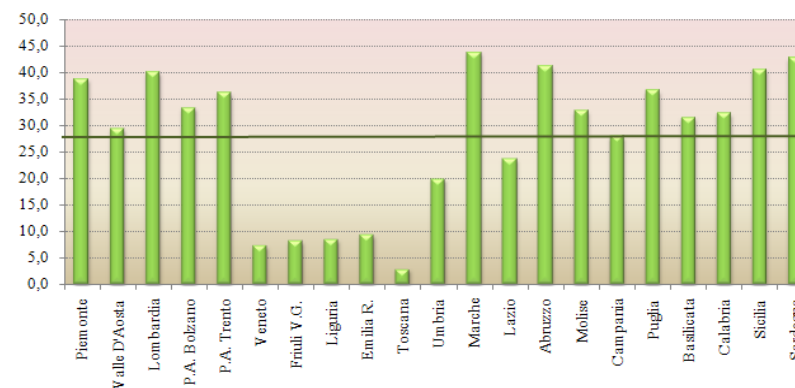
T.O. Sostituzione Anca

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi per sostituzione anca	Popolazione residente ≥ 65 anni
Piemonte	6,41	6,52	6,32	6.160	974.014
Valle D'Aosta	8,86	8,09	9,19	230	25.032
Lombardia	6,61	6,54	6,60	12.156	1.841.882
P.A. Bolzano	8,93	8,69	8,86	709	80.014
P.A. Trento	6,98	6,98	7,15	673	94.088
Veneto	7,50	7,55	7,21	6.554	908.936
Friuli V.G.	7,51	7,97	7,83	2.135	272.512
Liguria	6,35	6,49	6,61	2.822	426.866
Emilia R.	6,39	6,60	4,69	4.461	951.401
Toscana	6,28	6,28	5,79	4.862	840.439
Umbria	5,30	5,76	5,27	1.065	202.039
Marche	5,61	5,80	5,59	1.930	345.099
Lazio	5,34	5,42	5,42	5.502	1.014.196
Abruzzo	5,09	5,38	5,24	1.454	277.723
Molise	4,30	4,67	4,45	314	70.496
Campania	4,27	4,50	4,38	3.887	886.485
Puglia	4,85	4,82	4,91	3.450	703.049
Basilicata	4,02	3,82	3,40	401	117.946
Calabria	3,57	3,70	3,60	1.320	366.541
Sicilia	4,41	4,28	4,29	3.873	901.884
Sardegna	3,40	3,46	2,93	855	291.693
ITALIA	5,78	5,85	5,59	64.813	11.592.335
Parametro di riferimento	5,78	5,85	5,59		

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SOSTITUZIONE ANCA
(per 1.000 abitanti) - ANNO 2006



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER CATARATTA (per 1.000 abitanti)
ANNO 2006



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER PARTICOLARI INTERVENTI CHIRURGICI (cataratta, sostituzione dell'anca e by-pass coronarico)

DESCRIZIONE RISULTATI

All'osservazione del trend del tasso di ospedalizzazione nel periodo 2000-2006 si evidenzia, nell'ultimo anno in particolare, un decremento del ricorso a tutte le procedure chirurgiche considerate. Tale decremento è più evidente per il by-pass aortocoronarico che passa dal 6,71 del 2005 al 4,72 per mille circa del 2006 e per la cataratta che passa da 33,37 del 2004 a 27,06 del 2006, intervento che oggi si esegue anche in regime ambulatoriale. I ricoveri per sostituzione dell'anca effettuati nella popolazione di età ≥65 anni, meno numerosi rispetto all'intervento di cataratta, oscillano invece intorno al 6 per mille circa. Le distribuzioni regionali dei valori mostrano una discreta variabilità; in particolare nel 2006 si evidenzia:

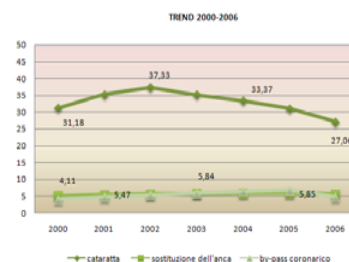
- il tasso di ospedalizzazione per cataratta negli ultrasessantacinquenni varia dal 2,85% (Toscana) al 43,76% circa (Marche) con 14 regioni soprattutto del centro-sud del Paese, quali Marche, Sardegna, Abruzzo e Sicilia che superano il valore nazionale, pari a 27,06%;
- al contrario, i ricoveri per sostituzione dell'anca sono più numerosi nelle regioni del nord con un evidente gradiente Nord-Sud e una variabilità del tasso di ricovero compresa fra il 2,93% (Sardegna) e 9,19% (Valle d'Aosta); 9 regioni presentano valori dell'indicatore superiori a quello nazionale pari a 5,59 ricoveri per 1.000 abitanti;
- anche i ricoveri per by-pass aortocoronarico mostrano un gradiente Nord-Sud, meno evidente rispetto all'ospedalizzazione per sostituzione di anca, con una variabilità che oscilla dal 1,7% circa in Molise all' 6,2% circa nella P.A. di Bolzano, per un valore medio nazionale pari a 4,72 ricoveri per 1.000 anziani residenti.

OSSERVAZIONI

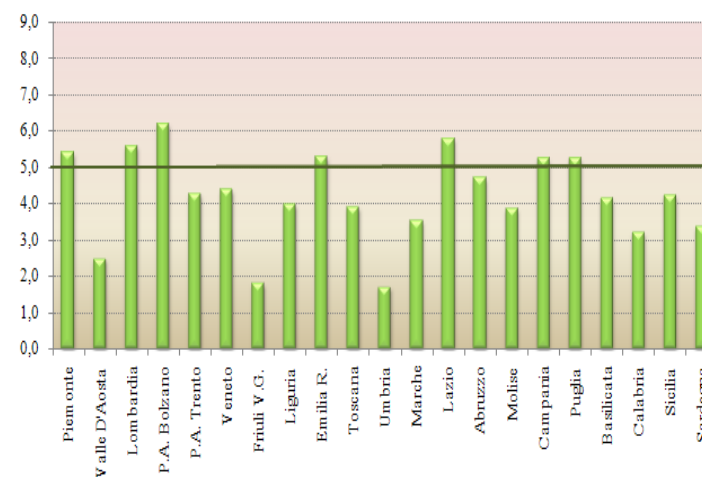
In considerazione dell'invecchiamento demografico della popolazione, dell'aumentata speranza di vita alla nascita, del continuo miglioramento della qualità delle cure erogate e dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali, è plausibile una tendenza all'incremento dei tassi di ospedalizzazione per sostituzione dell'anca e by-pass aortocoronarico, per cui è necessario adottare le misure preventive più efficaci al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri; per quanto riguarda i ricoveri per cataratta, si sta ponendo, a seguito dello sviluppo del setting assistenziale ambulatoriale di questa attività chirurgica, un problema di natura informativa, per cui una quota di interventi chirurgici non viene catturata dalle schede di dimissione ospedaliere, in quanto relative ai soli ricoveri effettuati in regime ordinario o day hospital.

T.O. By Pass Coronarico

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi By-pass	Popolazione residente >=65 anni
Piemonte	7,12	7,33	5,39	5.249	974.014
Valle D'Aosta	6,60	6,54	2,48	62	25.032
Lombardia	8,13	8,28	5,59	10.291	1.841.882
P.A. Bolzano	7,99	8,20	6,20	496	80.014
P.A. Trento	4,59	4,90	4,26	401	94.088
Veneto	6,01	6,32	4,38	3.978	908.936
Friuli V.G.	4,93	5,25	1,79	489	272.512
Liguria	5,46	5,77	3,98	1.699	426.866
Emilia R.	7,45	8,04	5,28	5.020	951.401
Toscana	7,59	7,81	3,89	3.272	840.439
Umbria	5,67	5,90	1,70	344	202.039
Marche	5,02	5,21	3,52	1.214	345.099
Lazio	5,71	6,68	5,79	5.873	1.014.196
Abruzzo	5,25	5,26	4,69	1.303	277.723
Molise	4,23	4,97	3,86	272	70.496
Campania	6,63	7,12	5,23	4.636	886.485
Puglia	3,61	4,09	5,23	3.680	703.049
Basilicata	4,29	4,62	4,13	487	117.946
Calabria	4,52	4,63	3,19	1.171	366.541
Sicilia	6,67	6,74	4,22	3.807	901.884
Sardegna	4,03	4,12	3,34	975	291.693
ITALIA	6,38	6,71	4,72	54.719	11.592.335
Parametro di riferimento	6,38	6,71	4,72		



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BY PASS CORONARICO
(per 1.000 abitanti) - ANNO 2006



QUOZIENTE MORTALITA' INFANTILE (per 1.000 nati vivi)

SIGNIFICATO

Il quoziente di mortalità infantile, oltre ad essere un robusto indicatore della salute del bambino nel primo anno di vita, è un indicatore della salute della popolazione riconosciuto a livello internazionale: esso consente di valutare le condizioni socio-economiche, ambientali e culturali e di verificare il livello di prevenzione e di tutela della gravidanza e del parto; la mortalità infantile si correla direttamente, in maniera statisticamente significativa, con il tasso di disoccupazione ed, inversamente, con il PIL pro capite e con il tasso di attività femminile: le regioni con alti livelli di mortalità infantile sono quelle con una condizione di maggiore svantaggio economico. L'indicatore in esame è dato dal rapporto tra il numero di morti nel primo anno di vita e il numero totale di nati vivi dell'anno considerato; il risultato è espresso per 1000 nati vivi; il parametro di riferimento dell'indicatore è il valore medio europeo, pari al 5 per mille.

DESCRIZIONE RISULTATI

In Italia nel 2005 il quoziente di mortalità infantile, pari a 3,8 morti per 1000 nati vivi, si attesta ad un livello inferiore rispetto al parametro di riferimento europeo; tuttavia a livello territoriale si osserva una situazione disomogenea che contappone le regioni del nord e del centro da una parte, dove l'indicatore è pari a 3,16 morti per 1000 nati vivi, e quelle meridionali dall'altra, dove l'indicatore è pari a 4,45 morti per 1000 nati vivi ed è comunque in continuo decremento.

Analizzando il trend temporale dell'indicatore emerge che la mortalità infantile tra il 1991 e il 2005 si è più che dimezzata: passando da 8,1 morti per 1000 nati vivi (nel 1991) a 3,8 morti per 1000 nati vivi (nel 2005), il quoziente ha subito una riduzione del 53,1%; nel sud della penisola tale riduzione è stata addirittura del 55,3%; nel Nord e nel centro, rispettivamente del 48,3% e del 52,6%.

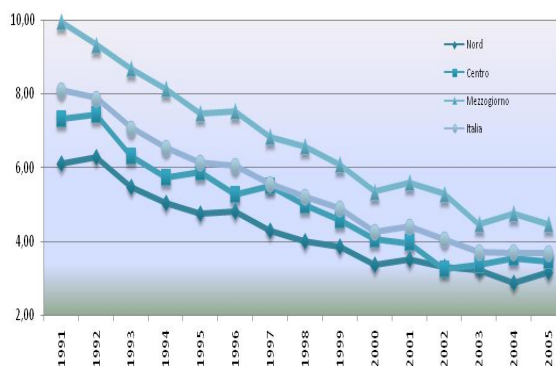
OSSERVAZIONI

Grazie alla continua riduzione della mortalità infantile registrata negli ultimi decenni, l'Italia ha raggiunto risultati tra i migliori a livello europeo.

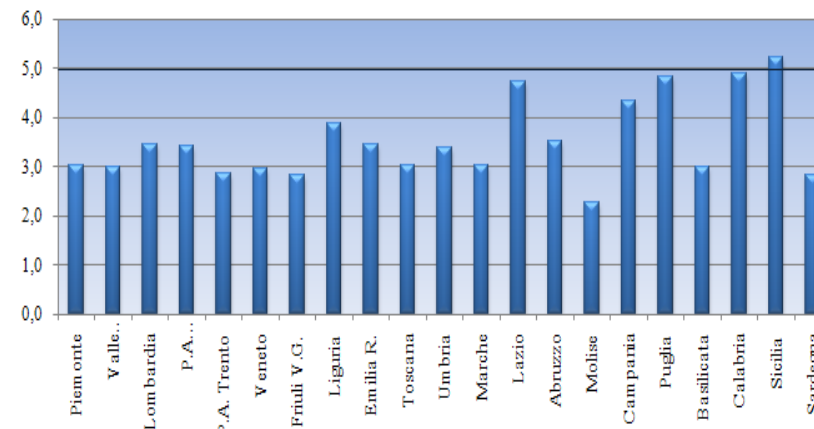
Permangono, tuttavia, forti differenze a livello regionale riscontrabili principalmente nei livelli della mortalità perinatale che seguono un netto gradiente nord-sud e su cui sicuramente incidono sia fattori legati all'organizzazione sanitaria che fattori esterni all'ambito sanitario (fattori sociali, culturali, economici, ambientali, etc).

	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005	VALORE MEDIO
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	2003-2005
Piemonte	3,4	2,7	2,9	3,0
Valle D'Aosta	6,1	1,9	0,9	3,0
Lombardia	3,4	3,4	3,6	3,4
P.A. Bolzano	3,2	3,7	3,3	3,4
P.A. Trento	3,8	2,6	2,1	2,9
Veneto	2,8	3,1	2,9	3,0
Friuli V.G.	2,5	2,2	3,7	2,8
Liguria	3,3	3,5	4,8	3,9
Emilia R.	3,2	3,5	3,7	3,4
Toscana	2,4	4,1	2,5	3,0
Umbria	4,4	3,4	2,4	3,4
Marche	3,1	2,8	3,2	3,0
Lazio	3,9	4,9	5,4	4,7
Abruzzo	3,4	4,2	2,9	3,5
Molise	2,7	2,8	1,2	2,2
Campania	4,1	4,7	4,2	4,3
Puglia	4,9	5,3	4,2	4,8
Basilicata	3,8	2,3	2,9	3,0
Calabria	5,2	4,5	4,9	4,9
Sicilia	5,2	5,2	5,3	5,2
Sardegna	3,1	3,0	2,4	2,8
ITALIA	3,7	4,0	3,8	3,8
Parametro di riferimento	5,0	5,0	5,0	5,0

QUOZIENTE DI MORTALITA' INFANTILE
Trend 1999-2005



QUOZIENTE MORTALITA' INFANTILE (per 1.000 nati vivi)
VALORE MEDIO 2003-2005



TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER CAUSE SELEZIONATE

SIGNIFICATO

La mortalità per cause evitabili rappresenta un importante indicatore dell'efficacia degli interventi sanitari di un paese; sono considerate evitabili quelle cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte attraverso un adeguato intervento pubblico sulla salute, che va dalla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione. Le cause di morte evitabile vengono classificate in tre gruppi: il primo gruppo (tumore del polmone, cirrosi epatica, malattie cerebrovascolari, morti violenta) comprende quelle cause riducibili attraverso l'adozione di normative, comportamenti, stili di vita definibili di prevenzione primaria e attraverso interventi efficaci nelle situazioni di disagio sociale; nel secondo gruppo (tumori della mammella e del collo dell'utero) rientrano quelle cause riducibili sulla base di interventi di screening e di diagnosi tempestiva accompagnata da una adeguata terapia; il terzo gruppo (polmoniti e bronchiti) comprende le cause contrastabili attraverso l'erogazione di una adeguata assistenza sanitaria. L'indicatore considerato è dato dal rapporto tra il numero di deceduti di età compresa tra 5 e 64 anni per la specifica causa indicata e la popolazione residente di età compresa tra 5 e 64 anni.

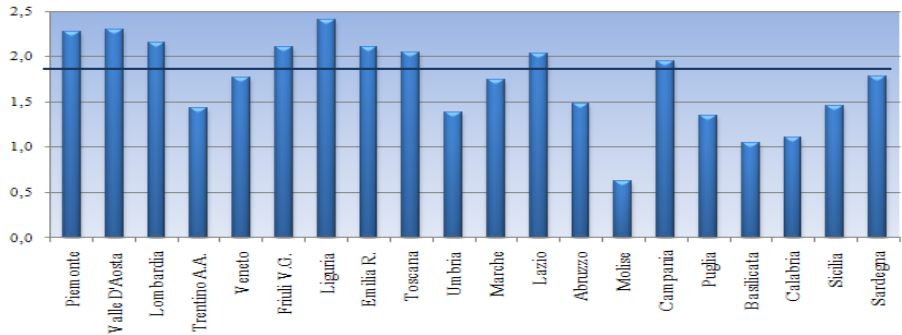
OSSERVAZIONI

Nell'ultimo decennio la mortalità evitabile risulta, in Italia, in riduzione. A contrasto ulteriore del fenomeno sono state effettuate, a livello centrale, molteplici azioni che vanno dalla promozione di stili di vita salutari, alla prevenzione e alla comunicazione pubblica sulla salute, all'adozione di programmi di screening.

Tumori maligni del polmone

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	2,26	2,26	2,28
Valle D'Aosta	2,38	0,98	2,30
Lombardia	2,22	2,33	2,15
Trentino A.A.	1,64	1,59	1,43
Veneto	1,90	1,77	1,76
Friuli V.G.	1,94	1,86	2,10
Liguria	2,59	2,41	2,41
Emilia R.	2,14	2,11	2,11
Toscana	1,99	1,89	2,04
Umbria	1,57	1,71	1,38
Marche	1,63	1,67	1,74
Lazio	2,03	2,05	2,04
Abruzzo	1,31	1,38	1,48
Molise	0,81	1,20	0,63
Campania	1,78	1,71	1,95
Puglia	1,43	1,36	1,35
Basilicata	1,15	1,04	1,05
Calabria	1,11	1,05	1,11
Sicilia	1,50	1,35	1,45
Sardegna	1,41	1,81	1,77
ITALIA	1,86	1,84	1,86

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER TUMORI MALIGNI DEL POLMONE (*)
(per 10.000 abitanti) - ANNO 2002



(*) Cod. ICD9 162 - Deceduti in età compresa tra 5 e 64 anni

Fonte dei dati e note

dati ISTAT elaborati dall'ISS

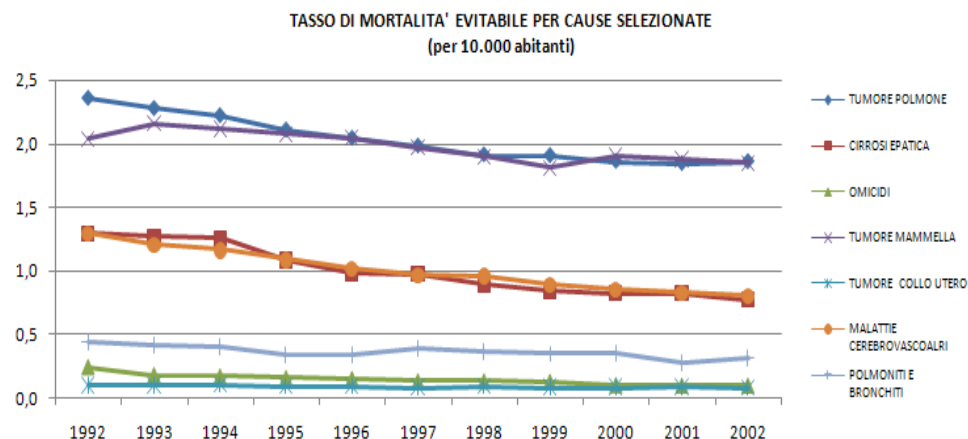
TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER CAUSE SELEZIONATE

DESCRIZIONE RISULTATI

Il tumore del polmone risulta essere la prima causa di morte per neoplasia nel sesso maschile e la terza nel sesso femminile; nel 90% dei casi è provocato dal fumo di sigaretta e il rischio di contrarre la malattia è da 8 a 40 volte superiore nei fumatori che nei non fumatori. Nel 2002 questa neoplasia ha causato, in Italia, la morte di 8.128 residenti di età compresa tra i 5 e i 64 anni, pari a 1,86 decessi per 10.000 abitanti. L'andamento geografico del fenomeno è caratterizzato da un netto gradiente Nord-Sud, con livelli massimi di mortalità evitabile registrati, nell'ordine, in Liguria, Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Toscana e Campania. L'analisi del trend temporale mostra una tendenza alla riduzione della mortalità evitabile per tumore del polmone: tra il 1992 e il 2002 il valore dell'indicatore è passato da 2,36 a 1,86 decessi per 10.000 abitanti. La cirrosi epatica costituisce la prima causa di decesso tra le malattie dell'apparato digerente (esclusi i tumori) e può essere considerata una malattia pre-neoplastica; i principali fattori di rischio ad essa correlati sono l'abuso cronico di alcool e la persistente infezione da virus epatici. Nel 2002 la malattia ha causato, in Italia, 3.372 decessi nella fascia di età 5-64 anni, pari a 0,77 decessi per 10.000 abitanti; valori superiori a quello di riferimento nazionale si osservano in tutte le regioni settentrionali della penisola, nonché in Campania, Molise e Sardegna. L'analisi del trend temporale evidenzia una importante riduzione del tasso di mortalità evitabile per cirrosi epatica, passato, tra il 1992 e il 2002, da 1,29 a 0,77 decessi per 10.000 abitanti. Gli omicidi appartengono alle cause di morte che possono essere evitate attraverso adeguati interventi nelle situazioni di disagio sociale. Nel 2002 le vittime di omicidi di età compresa tra i 5 e i 64 anni sono state, in Italia, 418; l'indicatore risulta pari a 0,10 decessi per 10.000 abitanti. Calabria e Abruzzo registrano le situazioni estreme (rispettivamente con 0,32 e 0,01 casi per 10.000 abitanti di età compresa tra i 5 e i 64 anni). L'analisi temporale mostra che la mortalità evitabile per omicidi ha subito una progressiva riduzione, passando da 0,24 decessi per 10.000 abitanti nel 1992 a 0,10 decessi nel 2002. Il tumore della mammella costituisce la neoplasia più frequente nell'universo femminile; i principali fattori di rischio sono riconducibili all'età, alla familiarità, alla vita riproduttiva, alla costituzione ormonale, all'esposizione a radiazioni ionizzanti e alla dieta. Strumento fondamentale per la riduzione della mortalità per tumore della mammella in tempi medio-brevi è lo screening mammografico di popolazione per la diagnosi precoce.

Nel 2002 la malattia ha provocato in Italia la morte di 4.033 donne d'età 5-64 anni, pari a 1,85 decessi per 10.000 abitanti di sesso femminile. Esistono delle rilevanti differenze tra le regioni, secondo un netto gradiente Nord-Sud: valori dell'indicatore superiori a quello di riferimento nazionale sono concentrati nell'area centro settentrionale della penisola e in Sardegna. Nel decennio 1992-2002 la mortalità evitabile per tumore della mammella ha subito una consistente e continua riduzione, passando da 2,04 a 1,85 decessi per 10.000 donne. Il tumore del collo dell'utero costituisce la seconda neoplasia più frequente nell'universo femminile; l'insorgenza della malattia è legata all'infezione della cervice provocata da virus trasmessi sessualmente ed è favorita da fattori legati alla povertà (carenza delle condizioni igieniche, condizioni di vita precarie, elevato numero di parti, gravidanze precoci). L'adozione di programmi di screening citologici può ridurre sensibilmente l'incidenza di questo tumore. Nell'anno 2002 esso ha causato in Italia 172 decessi nella fascia di età 5-64 anni, pari a 0,08 decessi per 10.000 abitanti di sesso femminile.

Valori superiori a quello medio nazionale sono registrati in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Lombardia, Puglia, Calabria e Molise. Dall'analisi temporale riferita al periodo 1992-2002 emerge che il tasso di mortalità evitabile per tumore del collo dell'utero è passato da 0,09 a 0,08 decessi per 10.000 donne. Le malattie cerebrovascolari costituiscono la prima causa di morte nel nostro paese. L'abitudine al fumo, la sedentarietà, il diabete, l'ipertensione arteriosa, valori elevati della colesterolemia, costituiscono dei fattori di rischio che possono essere ridotti attraverso adeguate campagne di prevenzione. Nell'anno 2002 queste malattie hanno provocato, in Italia, la morte di 3.525 residenti di età compresa tra i 5 e i 64 anni, pari 0,81 per 10.000 abitanti; massimo e minimo valore dell'indicatore sono registrati in Liguria e in Veneto (con 1,03 e 0,54 decessi per 10.000 abitanti). Dall'analisi del trend temporale emerge una riduzione dei livelli di mortalità evitabile per malattie cerebrovascolari: tra il 1992 e il 2002 l'indicatore è passato da 1,29 a 0,81 decessi per 10.000 abitanti. Le malattie respiratorie costituiscono le patologie più diffuse tra la popolazione italiana, nonché la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e i tumori. I fattori di rischio ad esse correlate sono sia di tipo ambientale (fumo di sigaretta, esposizione professionale, inquinamento atmosferico) che di tipo individuale (predisposizione genetica, familiarità, iperreattività bronchiale). Nel corso del 2002 in Italia si sono verificati 1.380 decessi per polmoniti o bronchiti nella fascia di età 5-64 anni, pari 0,32 per 10.000 abitanti. Dal confronto territoriale emerge una situazione tendenzialmente omogenea tra le regioni. Analizzando il trend temporale si osserva che nel decennio 1992-2002 l'indicatore ha subito una riduzione, passando da 0,44 a 0,32 decessi per 10.000 abitanti.



Fonte dei dati e note

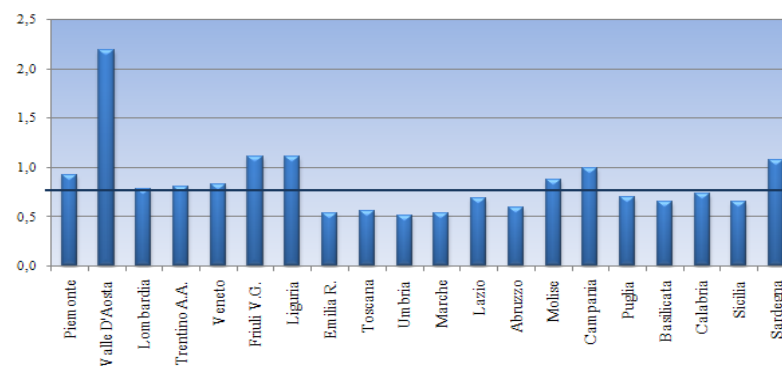
dati ISTAT elaborati dall'ISS

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER CAUSE SELEZIONATE

Cirrosi epatica

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	0,89	0,96	0,92
Valle D'Aosta	1,41	1,31	2,19
Lombardia	0,80	0,79	0,79
Trentino A.A.	0,90	1,04	0,81
Veneto	0,89	0,91	0,83
Friuli V.G.	1,39	1,14	1,11
Liguria	0,88	1,10	1,11
Emilia R.	0,67	0,67	0,53
Toscana	0,68	0,66	0,56
Umbria	0,50	0,51	0,51
Marche	0,49	0,47	0,54
Lazio	0,65	0,71	0,68
Abruzzo	0,70	0,63	0,59
Molise	1,06	1,03	0,88
Campania	1,08	1,04	0,99
Puglia	0,75	0,73	0,69
Basilicata	0,66	0,97	0,66
Calabria	0,95	0,68	0,73
Sicilia	0,77	0,73	0,65
Sardegna	1,08	1,17	1,08
ITALIA	0,82	0,82	0,77

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER CIRROSI EPATICA (*)
(per 10.000 abitanti) - ANNO 2002

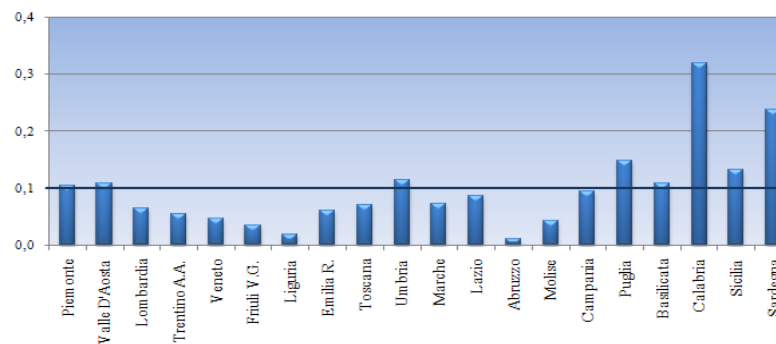


(*) Cod. ICD9 571 - Deceduti in età compresa tra 5 e 64 anni

Omicidi

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	0,08	0,07	0,11
Valle D'Aosta	0,00	0,00	0,11
Lombardia	0,06	0,08	0,06
Trentino A.A.	0,01	0,03	0,06
Veneto	0,05	0,05	0,05
Friuli V.G.	0,05	0,06	0,03
Liguria	0,03	0,04	0,02
Emilia R.	0,07	0,05	0,06
Toscana	0,06	0,05	0,07
Umbria	0,03	0,03	0,12
Marche	0,06	0,06	0,07
Lazio	0,05	0,07	0,09
Abruzzo	0,02	0,03	0,01
Molise	0,04	0,00	0,04
Campania	0,16	0,11	0,09
Puglia	0,21	0,18	0,15
Basilicata	0,09	0,11	0,11
Calabria	0,40	0,37	0,32
Sicilia	0,16	0,15	0,13
Sardegna	0,12	0,13	0,24
ITALIA	0,10	0,10	0,10

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER OMICIDI (*)
(per 10.000 abitanti) - ANNO 2002



(*) Cod. ICD9 960-969 - Deceduti in età compresa tra 5 e 64 anni

Fonte dei dati e note

dati ISTAT elaborati dall'ISS

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER CAUSE SELEZIONATE

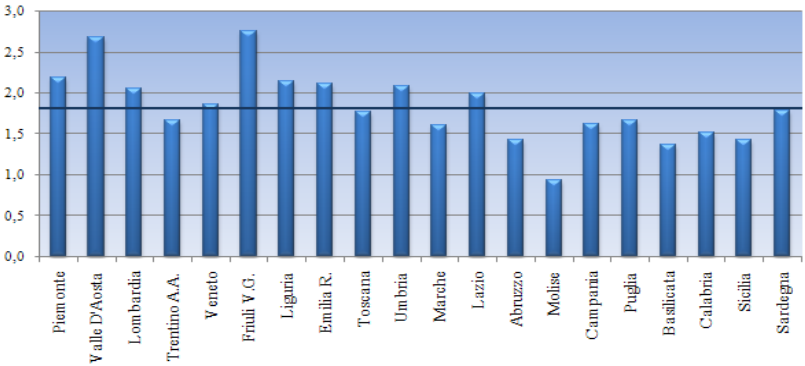
Tumore della mammella

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	2,05	2,36	2,19
Valle D'Aosta	2,22	1,56	2,68
Lombardia	2,16	2,16	2,05
Trentino A.A.	2,03	1,67	1,67
Veneto	1,91	1,98	1,87
Friuli V.G.	2,48	2,29	2,75
Liguria	2,38	2,68	2,15
Emilia R.	2,23	2,14	2,12
Toscana	2,09	1,95	1,77
Umbria	2,21	1,57	2,08
Marche	1,94	1,64	1,60
Lazio	1,87	1,84	2,00
Abruzzo	1,66	1,30	1,43
Molise	1,40	1,75	0,93
Campania	1,48	1,44	1,62
Puglia	1,56	1,62	1,67
Basilicata	1,59	1,31	1,36
Calabria	1,32	1,43	1,51
Sicilia	1,78	1,67	1,42
Sardegna	1,84	1,90	1,79
ITALIA	1,90	1,88	1,85

Tumore del collo dell'utero

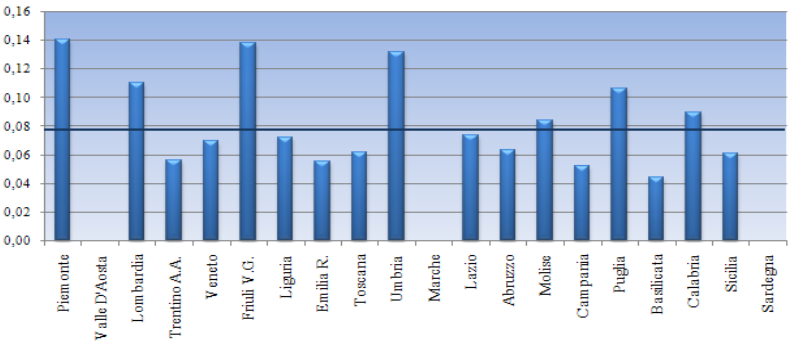
	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	0,106	0,165	0,141
Valle D'Aosta	0,000	0,893	0,000
Lombardia	0,086	0,069	0,110
Trentino A.A.	0,056	0,084	0,056
Veneto	0,064	0,052	0,070
Friuli V.G.	0,137	0,114	0,138
Liguria	0,000	0,140	0,072
Emilia R.	0,075	0,103	0,055
Toscana	0,031	0,062	0,062
Umbria	0,097	0,164	0,132
Marche	0,074	0,000	0,000
Lazio	0,077	0,073	0,074
Abruzzo	0,104	0,063	0,063
Molise	0,000	0,000	0,084
Campania	0,060	0,061	0,052
Puglia	0,135	0,142	0,106
Basilicata	0,172	0,087	0,044
Calabria	0,113	0,025	0,090
Sicilia	0,070	0,081	0,061
Sardegna	0,076	0,061	0,000
ITALIA	0,080	0,084	0,079

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER TUMORE DELLA MAMMELLA (*)
(per 10.000 abitanti) - ANNO 2002



(*) Cod. ICD9 174 - Deceduti di sesso femminile in età compresa tra 5 e 64 anni

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO (*)
(per 10.000 abitanti) - ANNO 2002



(*) Cod. ICD9 180 - Deceduti di sesso femminile in età compresa tra 5 e 64 anni

Fonte dei dati e note

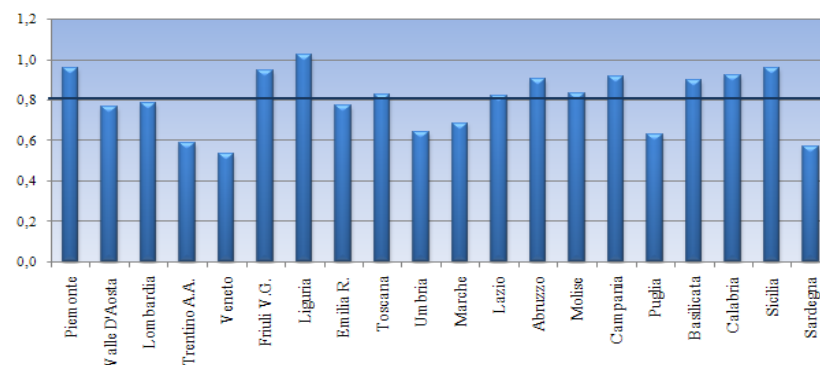
dati ISTAT elaborati dall'ISS

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER CAUSE SELEZIONATE

Malattie cerebrovascolari

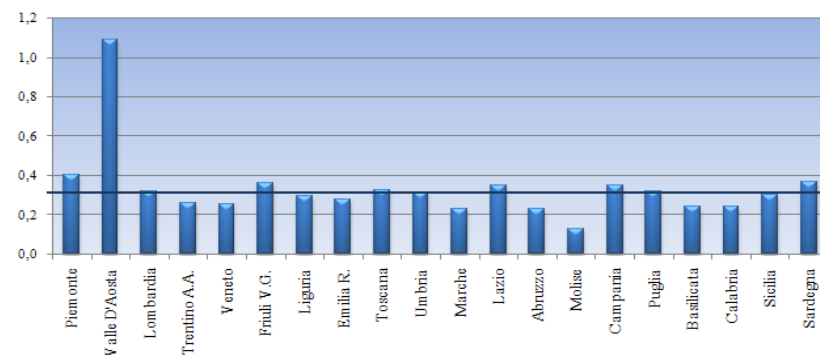
	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	0,88	1,11	0,96
Valle D'Aosta	1,51	0,65	0,77
Lombardia	0,86	0,80	0,79
Trentino A.A.	0,62	0,48	0,59
Veneto	0,67	0,65	0,54
Friuli V.G.	1,09	0,88	0,95
Liguria	1,07	0,91	1,03
Emilia R.	0,84	0,78	0,77
Toscana	0,82	0,85	0,83
Umbria	0,82	0,90	0,64
Marche	0,75	0,73	0,69
Lazio	0,77	0,81	0,82
Abruzzo	0,76	0,76	0,90
Molise	1,06	0,66	0,84
Campania	1,04	0,94	0,92
Puglia	0,72	0,68	0,63
Basilicata	1,05	0,89	0,90
Calabria	0,70	0,78	0,93
Sicilia	1,01	1,03	0,96
Sardegna	0,74	0,69	0,57
ITALIA	0,85	0,83	0,81

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER MALATTIE CEREBROVASCOLARI (*)
(per 10.000 abitanti) - ANNO 2002



(*) Cod. ICD9 430 - 438 - Deceduti in età compresa tra 5 e 64 anni

TASSO DI MORTALITA' EVITABILE PER POLMONITI E BRONCHITI (*)
(per 10.000 abitanti) - ANNO 2002



(*) Cod. ICD9 180 - Deceduti in età compresa tra 5 e 64 anni

Polmoniti e bronchiti

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002
Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	0,46	0,32	0,40
Valle D'Aosta	0,43	0,22	1,09
Lombardia	0,36	0,28	0,32
Trentino A.A.	0,42	0,40	0,26
Veneto	0,32	0,21	0,25
Friuli V.G.	0,37	0,27	0,36
Liguria	0,45	0,24	0,30
Emilia R.	0,32	0,30	0,28
Toscana	0,27	0,28	0,33
Umbria	0,31	0,23	0,31
Marche	0,19	0,17	0,23
Lazio	0,31	0,23	0,35
Abruzzo	0,27	0,28	0,23
Molise	0,45	0,21	0,13
Campania	0,39	0,31	0,35
Puglia	0,33	0,25	0,32
Basilicata	0,34	0,41	0,24
Calabria	0,29	0,25	0,24
Sicilia	0,41	0,27	0,30
Sardegna	0,35	0,31	0,37
ITALIA	0,35	0,27	0,32

Fonte dei dati e note

dati ISTAT elaborati dall'ISS

TASSO DI MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO* (per 100 dimessi)

SIGNIFICATO

L'infarto acuto del miocardio costituisce una delle principali cause di morte per patologia cardiovascolare nelle popolazioni dei paesi industrializzati. La mortalità è fortemente influenzata dalla tempestività delle cure, in termini di rapida ospedalizzazione e di terapie mirate in strutture di alta specializzazione, e quindi dall'integrazione ospedale-territorio e in particolare dal collegamento funzionale con la rete dell'emergenza-urgenza. Ciò considerato, il tasso di mortalità, che è calcolato sull'esito del ricovero alla dimissione di pazienti con infarto del miocardio indicato in diagnosi principale o secondaria (codificato con ICD9CM 410.xx) della scheda di dimissione ospedaliera, non coglie i casi deceduti nella rete territoriale dell'emergenza, nel trasporto del paziente o durante il primo soccorso in ospedale. Il tasso di mortalità intraospedaliera è dunque indicatore degli effetti complessivi, quali accessibilità e tempestività del ricovero, efficacia delle cure, oltre che di diversa gravità della casistica oggetto d'indagine.

DESCRIZIONE RISULTATI

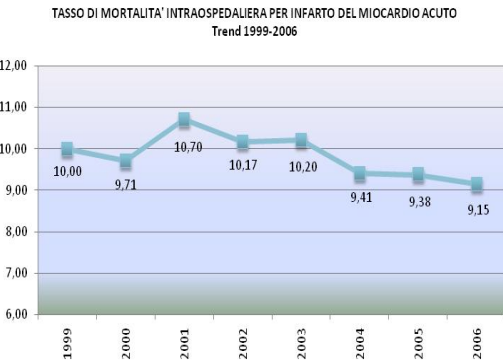
Nel precisare che occorre una certa cautela nella lettura dei risultati dovuta alla stretta connessione degli esiti dell'infarto miocardico con la tempestività delle cure in emergenza-urgenza, si osserva nel periodo 1999-2003 una certa stabilità del tasso di mortalità intraospedaliera per infarto acuto del miocardio che oscilla intorno al 10% circa dei dimessi mentre dal 2004 il valore dell'indicatore diminuisce fino al 9,15 del 2006. Una sostanziale stabilità si osserva nei valori regionali dell'indicatore rilevati nel triennio 2004-2006, poiché la maggior parte delle regioni, esclusa la Sardegna e la P.A. di Bolzano, non mostrano in questo periodo variazioni significative della mortalità. Si evidenzia invece un certo grado di disomogeneità nel confronto fra le regioni, con 7 regioni che presentano valori dell'indicatore inferiori al tasso nazionale di 9,15 (valore minimo 4,47% in Campania) e ben 13 regioni che hanno valori superiori (valore massimo 14,04% in Veneto).

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

In considerazione della forte dipendenza dell'indicatore da altre dimensioni dell'assistenza sanitaria, sarebbe utile, per studiare e analizzare in modo adeguato gli esiti dell'infarto, in quanto patologia di grande interesse per la sanità pubblica, considerare anche la disponibilità di strutture di emergenza, di posti letto dedicati, di protocolli diagnostico-terapeutici, nonché disporre di informazioni relative alla presenza di fattori di rischio nella popolazione in esame. Certamente l'istituzione di idonei programmi di prevenzione potrebbe portare a una diminuzione della mortalità, della morbosità e dei costi rilevanti legati a questa patologia, pertanto la prevenzione delle malattie cardiovascolari, effettuata attraverso il controllo dei fattori di rischio che le determinano, assume una rilevanza strategica nel piano ministeriale per la prevenzione 2005-2007, coordinato dal CCM. Uno degli ambiti di intervento del Piano Nazionale della prevenzione, infatti, è la prevenzione della patologia cardiovascolare, articolata nei seguenti programmi: diffusione della carta del rischio, prevenzione dell'obesità, prevenzione delle complicanze del diabete e prevenzione delle recidive.

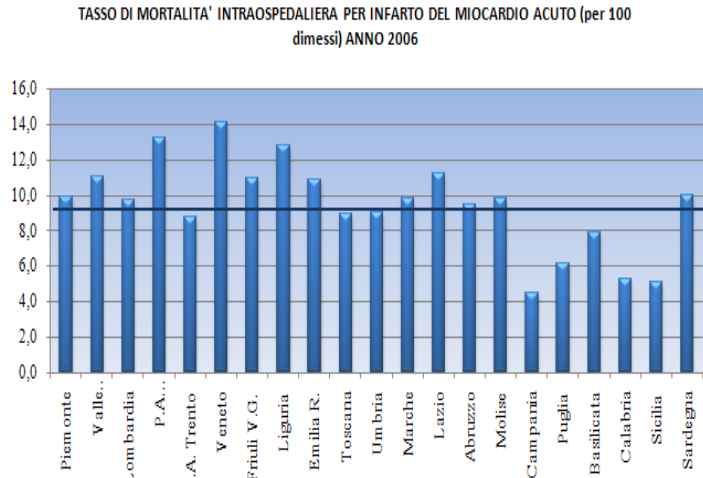
(*) L'indicatore è calcolato per la diagnosi principale o secondaria 410.xx



Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Deceduti per IMA	Dimessi per IMA
Piemonte	9,92	9,58	9,91	987	9.960
Valle D'Aosta	10,53	8,15	11,01	36	327
Lombardia	8,85	8,89	9,72	2.169	22.304
P.A. Bolzano	15,47	12,46	13,23	122	922
P.A. Trento	8,09	10,04	8,73	105	1.203
Veneto	14,16	15,03	14,04	1.281	9.122
Friuli V.G.	12,42	12,17	10,93	374	3.421
Liguria	12,77	13,26	12,77	565	4.425
Emilia R.	12,05	11,99	10,83	1.333	12.308
Toscana	9,00	9,07	8,90	920	10.340
Umbria	10,15	9,05	9,04	189	2.091
Marche	11,20	10,60	9,76	453	4.640
Lazio	11,63	11,20	11,22	1.318	11.742
Abruzzo	9,39	8,53	9,45	311	3.292
Molise	11,01	11,59	9,79	70	715
Campania	4,87	4,89	4,47	506	11.329
Puglia	6,09	6,45	6,15	430	6.990
Basilicata	7,70	6,97	7,90	86	1.089
Calabria	5,37	6,09	5,28	201	3.808
Sicilia	4,43	4,64	5,05	606	11.998
Sardegna	12,30	11,50	9,94	289	2.906
ITALIA	9,41	9,38	9,15	12.351	134.932
Parametro di riferimento	9,41	9,38	9,15		

Nota: Cautela nell'interpretazione dei dati poiché l'indicatore è fortemente influenzato dalle tempestività del sistema di emergenza e dall'utilizzo di differenti modalità di gestione socio-culturale dell'evento morte



PERCENTUALE DI NEONATI SOTTOPESO

SIGNIFICATO

I neonati con basso peso alla nascita presentano più elevati rischi di ammalare o di morire, perciò richiedono un periodo più lungo di cure ospedaliere dopo l'evento nascita ed inoltre è più probabile che sviluppino significative disabilità (UNICEF & WHO, 2004). Possono nascere bambini al di sotto del peso ritenuto normale, nel caso di nascite "premature", ossia avvenute prima della 37a settimana di gestazione, oppure nel caso di ritardo nella crescita intrauterina del feto. Le cause possono essere attribuite ad una pluralità di ragioni: condizioni socio-economiche della gestante (donne che svolgono lavori faticosi, condizioni igieniche scadenti, scarsa attenzione all'assistenza sanitaria prenatale), fattori socio-demografici (l'età della gestante, infertilità di coppia ed il ricorso a tecniche di fecondazione assistita, in particolare quelle che si basano sulla stimolazione ormonale, con rischio intrinseco di gravidanze plurigemellari), adozione di insani stili di vita (abitudine al fumo e/o assunzione di alcol durante la gestazione). In generale negli ultimi 20 anni, si è assistito ad un progressivo innalzamento dell'età delle donne al primo parto, in quasi tutte le società occidentali, con conseguente aumento del rischio di partorire bambini sottopeso. Infine le nuove tecniche medico-sanitarie sottraggono sempre più bambini alla morte prematura, aumentando al contempo la speranza di vita dei bambini nati sottopeso. L'indicatore in esame esprime il numero di bambini sottopeso alla nascita ogni 100 nati.

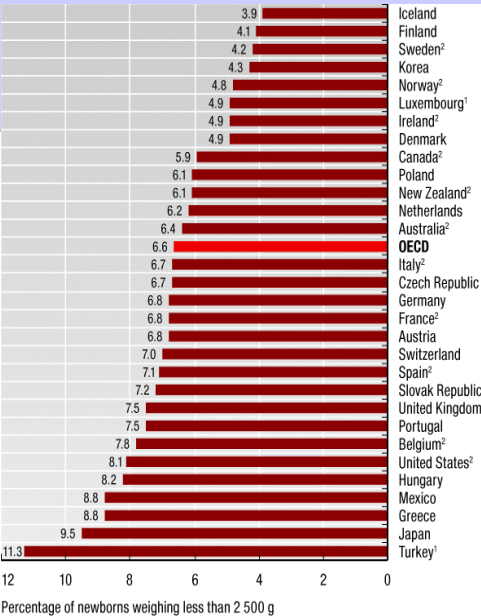
DESCRIZIONE RISULTATI

Nel confronto internazionale presentato dall' OCSE e illustrato nel grafico, il valore mediano della distribuzione è di 6,6 nati sottopeso ogni 100 nati, valore a cui si attesta l'indicatore in Italia. La distribuzione presenta il valore minimo in Islanda (3,9%), mentre il valore massimo è quello registrato in Turchia (11,3%). A seconda delle nazioni gli anni di rilevazione sono il 2003 ed il 2004. In Italia, nel confronto regionale, l'indicatore mostra valori superiori al 10% in Basilicata, per ciascuno dei tre anni esaminati. Nel 2006 il minimo valore assunto dall'indicatore è quello relativo alla regione Marche (4,9%). Consistenti variazioni del valore dell'indicatore si rilevano tra il 2004 e 2006 nella P.A di Trento (aumento di 3,4 punti percentuali) e Abruzzo (incremento di 1,7 punti); infine una consistente riduzione della percentuale di natalità sottopeso si osserva nella P.A. di Bolzano, Emilia Romagna e Umbria se si controntano i valori del 2004 e 2006.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

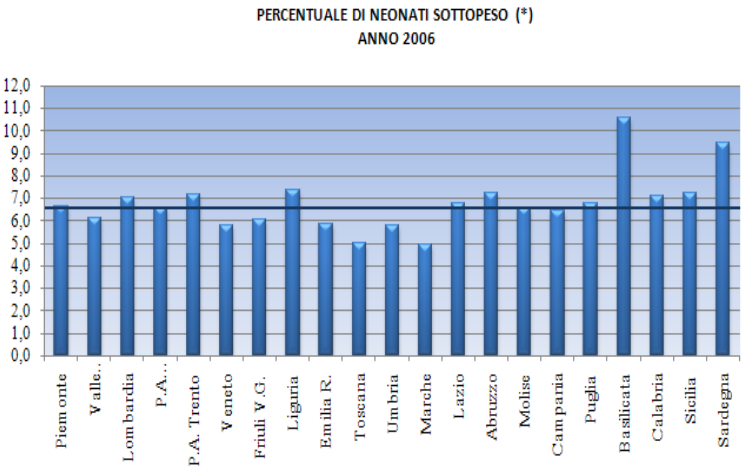
I dati relativi ai nati sottopeso in Italia sono stati rilevati mediante il modello ministeriale HSP.24, che raccoglie informazioni relative a più settori dell'attività ospedaliera (day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare). Con un flusso specifico sugli eventi nascita (Decreto ministeriale 16 luglio 2001 n°349 "Modificazioni al Certificato di Assistenza al Parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni") a maggior livello di copertura, le informazioni sui nati sottopeso saranno certamente più precise ed accurate.



Percentage of newborns weighing less than 2 500 g

Ministero della salute

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Nati immaturi	Nati totali
Piemonte	6,7	6,7	6,6	2.367	35.775
Valle D'Aosta	6,3	6,9	6,1	73	1.193
Lombardia	7,2	7,3	7,0	6.135	87.052
P.A. Bolzano	7,3	6,8	6,5	343	5.252
P.A. Trento	3,7	3,4	7,1	321	4.492
Veneto	5,7	5,7	5,8	2.719	46.895
Friuli V.G.	6,4	5,3	6,0	498	8.258
Liguria	7,0	7,1	7,4	846	11.500
Emilia R.	6,9	5,5	5,8	2.108	36.071
Toscana	5,2	5,7	5,0	1.596	31.818
Umbria	6,3	6,5	5,7	433	7.533
Marche	5,1	5,0	4,9	674	13.743
Lazio	7,0	8,0	6,8	3.186	46.983
Abruzzo	5,5	6,0	7,2	662	9.211
Molise	6,6	5,6	6,6	142	2.159
Campania	6,0	6,3	6,4	3.721	57.827
Puglia	6,9	6,6	6,8	2.305	33.975
Basilicata	10,8	10,0	10,5	292	2.770
Calabria	7,7	7,9	7,1	1.143	16.089
Sicilia	7,5	8,3	7,2	3.224	44.741
Sardegna	9,8	8,3	9,5	1.207	12.751
ITALIA	6,7	6,7	6,6	33.995	516.088
Parametro di riferimento	6,7	6,7	6,6		



* peso inferiore a gr. 2.500

TASSO DI INCIDENZA DI EPATITE B E TUBERCOLOSI POLMONARE (per 100.000 abitanti)

SIGNIFICATO

In generale, l'analisi dell'incidenza delle malattie infettive consente di valutare indirettamente le condizioni igienico-sanitarie del Paese, alcuni stili di vita e soprattutto l'efficacia dei sistemi di sorveglianza e di notifica. In particolare è possibile valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione sanitaria attualmente disponibili, quali la vaccinazione anti-epatite B, obbligatoria dal 1991, e, per quanto riguarda la tubercolosi polmonare, la vaccinazione anti-tubercolare e lo screening in particolari categorie di soggetti a rischio, quali gli immigrati da Paesi ad elevata endemia (l'Italia è uno dei Paesi a più bassa endemia rilevata), alcune categorie professionali, i soggetti con sieropositività per HIV, i tossicodipendenti, etc.

L'indicatore viene calcolato come rapporto fra il numero di nuovi casi di tubercolosi polmonare e di epatite B, rilevati nell'anno attraverso il sistema di notifica delle malattie infettive, e la popolazione residente; risente della diversa sensibilità degli operatori alla corretta notifica delle patologie infettive.

DESCRIZIONE RISULTATI

L'analisi del trend nazionale relativo al periodo 1993-2006 mostra un decremento del tasso di incidenza di epatite B e tubercolosi polmonare, rispettivamente pari al 69% e al 23% circa. Le distribuzioni regionali dei nuovi casi nel 2006 evidenziano un tasso di incidenza, sia dell'epatite B che della tubercolosi polmonare, più elevato nelle regioni del centro-nord del Paese, con circa la metà delle regioni che presentano valori dell'indicatore superiori a quello medio nazionale, pari rispettivamente a 1,82 e 5,09 casi notificati per 100.000 residenti. Valori molto elevati del tasso di incidenza per TBC polmonare si rilevano nel Lazio (8,41) e in E. Romagna (7,93); in Umbria (3,80) e sempre nel Lazio (3,43) si registra la più alta incidenza di epatite B. E' tuttavia ragionevole ipotizzare una diversa sensibilità alla notifica delle malattie infettive, che determina una sottostima del tasso di incidenza in alcune regioni del Centro-Sud, dove i tassi di incidenza presentano valori inferiori a 3 per 100.000 in Abruzzo, Calabria, Campania, Sicilia e Basilicata (tubercolosi polmonare, trachea e bronchi) e inferiori ad 1 per l'epatite B sempre nelle suddette regioni (Campania esclusa) oltre a Sardegna; Puglia e per il Nord il Veneto che ha la più bassa incidenza (0,42 per 100.000 ab.)

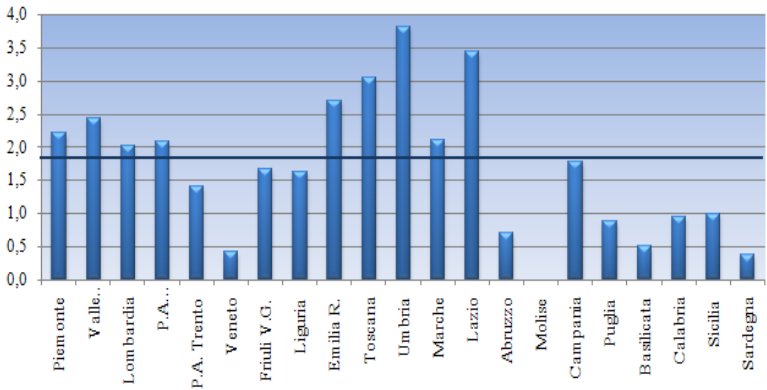
OSSERVAZIONI

Il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 definisce il nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e considera anche nuovi vaccini attualmente autorizzati e disponibili in Italia, già segnalati nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Per quanto riguarda la prevenzione primaria dei casi di epatite B, a seguito delle strategie vaccinali indicate nella legge n.165/1991 ai fini della saldatura immunitaria delle coorti da 0 a 24 anni, la vaccinazione obbligatoria degli adolescenti è terminata nel 2003; attualmente il maggior numero di casi, circa l'80% di quelli notificati, interessa il gruppo di età fra i 25 e i 64 anni, in cui l'andamento della malattia è abbastanza stabile. Gli attuali obiettivi di salute del programma di vaccinazione, oltre alla diminuzione di nuovi casi in età pediatrica e adolescenziale attraverso la vaccinazione dei nuovi nati, e quindi alla riduzione dei portatori cronici del virus, prevede la riduzione dei nuovi casi nella popolazione adulta attraverso l'implementazione della vaccinazione nei gruppi a rischio. La vaccinazione antitubercolare, prima obbligatoria, secondo la legge n.1008/1970, per il personale medico ed infermieristico, per le persone conviventi con soggetti affetti da tubercolosi, per i ragazzi di età di compresa tra 5 e 15 anni residenti in zone depresse ad elevata morbosità tubercolare (indice tubercolinico maggiore del 5% nei bambini di 6 anni), per le reclute all'atto dell'arruolamento, attualmente, ai sensi del DPR n.465/2001 è obbligatoria soltanto per il personale sanitario, gli studenti in medicina, gli allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione o presenti controindicazioni cliniche alla terapia preventiva specifica. E' opportuno sottolineare la necessità di aumentare la copertura del sistema di notifica nazionale, e promuovere la cultura stessa della notifica, tuttora disomogenea sul territorio, al fine di ottenere informazioni più accurate e in grado di monitorare l'andamento delle suddette patologie nel tempo, in particolar modo della tubercolosi, che è influenzata in modo significativo dai cambiamenti della composizione sociale della popolazione determinati dall'immigrazione.

Tasso incidenza Epatite B

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Epatite B	Popolazione
Piemonte	2,15	1,92	2,21	96	4.341.733
Valle D'Aosta	1,64	0,81	2,42	3	123.978
Lombardia	3,05	2,15	2,02	191	9.475.202
P.A. Bolzano	1,06	0,84	2,07	10	482.650
P.A. Trento	1,63	1,41	1,39	7	502.478
Veneto	1,98	1,94	0,42	20	4.738.313
Friuli V.G.	1,00	1,22	1,66	20	1.208.278
Liguria	1,52	2,14	1,61	26	1.610.134
Emilia R.	2,92	2,53	2,70	113	4.187.557
Toscana	4,07	3,18	3,04	110	3.619.872
Umbria	2,48	3,26	3,80	33	867.878
Marche	2,72	2,17	2,09	32	1.528.809
Lazio	2,82	3,38	3,43	182	5.304.778
Abruzzo	1,24	1,31	0,69	9	1.305.307
Molise	0,00	1,24	0,00	0	320.907
Campania	1,46	1,40	1,78	103	5.790.929
Puglia	0,40	0,93	0,88	36	4.071.518
Basilicata	1,01	0,50	0,50	3	594.086
Calabria	1,34	0,60	0,95	19	2.004.415
Sicilia	0,52	0,48	0,98	49	5.017.212
Sardegna	0,37	0,67	0,36	6	1.655.677
ITALIA	2,02	1,82	1,82	1.068	58.751.711
Parametro di riferimento	2,02	1,82	1,82		

TASSO DI INCIDENZA DI EPATITE B (per 100.000 ABITANTI)
ANNO 2006

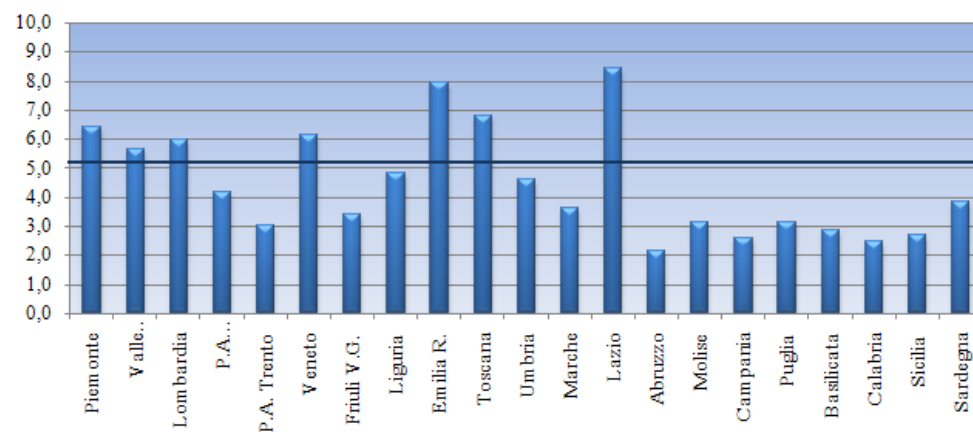


TASSO DI INCIDENZA DI EPATITE B E TUBERCOLOSI POLMONARE (per 100.000 abitanti)

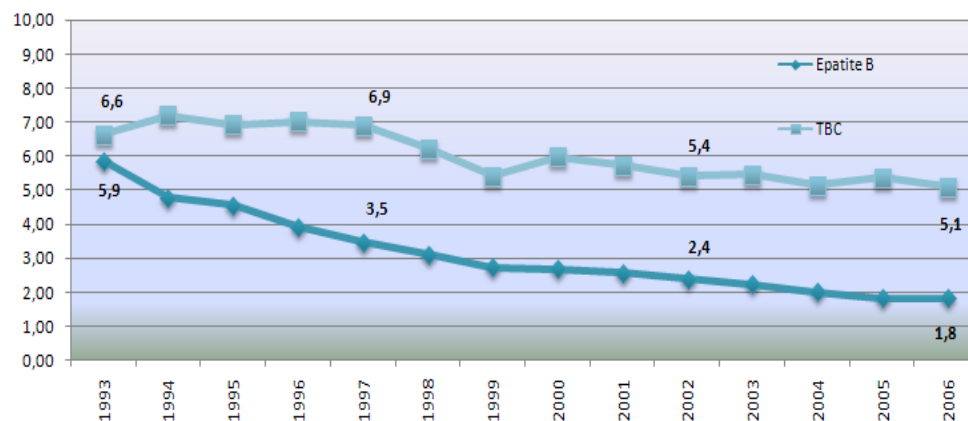
Tasso incidenza Tubercolosi polmonare

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Tubercolosi Polm. Trachea e bronchiti	Popolazione
Piemonte	7,42	6,14	6,40	278	4.341.733
Valle D'Aosta	1,64	4,07	5,65	7	123.978
Lombardia	5,34	5,92	5,96	565	9.475.202
P.A. Bolzano	6,78	7,13	4,14	20	482.650
P.A. Trento	6,11	5,43	2,99	15	502.478
Veneto	6,85	6,02	6,10	289	4.738.313
Friuli V.G.	3,67	4,89	3,39	41	1.208.278
Liguria	5,58	6,22	4,78	77	1.610.134
Emilia R.	6,59	6,84	7,93	332	4.187.557
Toscana	8,27	7,30	6,80	246	3.619.872
Umbria	4,72	4,54	4,61	40	867.878
Marche	3,79	4,54	3,60	55	1.528.809
Lazio	8,47	12,25	8,41	446	5.304.778
Abruzzo	4,82	4,85	2,15	28	1.305.307
Molise	-	-	3,12	10	320.907
Campania	2,86	2,49	2,59	150	5.790.929
Puglia	2,47	2,51	3,12	127	4.071.518
Basilicata	3,02	4,53	2,86	17	594.086
Calabria	0,50	2,34	2,44	49	2.004.415
Sicilia	2,44	2,33	2,69	135	5.017.212
Sardegna	4,38	4,36	3,81	63	1.655.677
ITALIA	5,14	5,36	5,09	2.990	58.751.711
Parametro di riferimento	5,14	5,36	5,09		

TASSO DI INCIDENZA DI TBC POLMONARE (per 100.000 abitanti)
ANNO 2006



Tasso di incidenza di Epatite B e TBC polmonare
Trend nazionale 1993-2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

SPERANZA DI VITA

SIGNIFICATO

L'indicatore sulla speranza di vita viene calcolato in riferimento alla nascita e a 65 anni.

La speranza di vita alla nascita indica il numero medio di anni che un neonato si può aspettare di vivere, mentre la speranza di vita a 65 anni indica il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti di 65 anni. Questi indicatori vengono classificati fra gli indicatori di risultato perché la speranza di vita, ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo, rappresenta una misura sintetica dello stato di salute di una popolazione in quanto riflette il progresso delle conoscenze e delle tecniche mediche, la qualità dell'assistenza sanitaria, la prevenzione e il miglioramento delle condizioni di vita in genere.

DESCRIZIONE RISULTATI

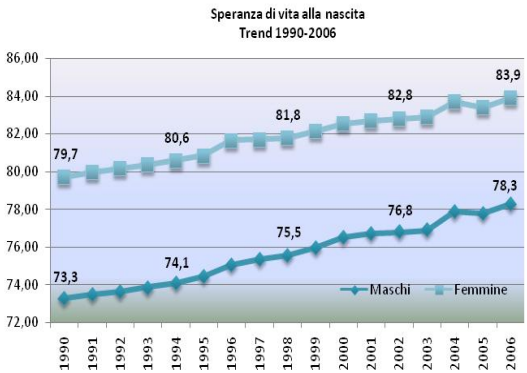
La speranza di vita per le donne è superiore a quella degli uomini, sia alla nascita che a 65 anni ed è pari, nel 2006, a 78,3 anni per gli uomini e a 83,9 per le donne, mentre la speranza di vita a 65 anni risulta di 17,5 anni per gli uomini e 21,3 per le donne. La differenza tra i sessi è attribuibile alla minore mortalità delle donne nelle malattie cardiovascolari e nei tumori e comunque in quei processi morbosi per i quali è determinante il ruolo svolto dai comportamenti individuali abituali e dalle abitudini di vita. La speranza di vita in Italia e nel mondo industrializzato in generale è drasticamente aumentata nel XX secolo: dal vivere quasi fino ai 50 anni si è passato a viverne circa 80. L'aumento della speranza di vita è stato raggiunto grazie alla maggiore risposta al fabbisogno alimentare, al miglioramento delle condizioni igieniche e delle condizioni di vita in genere, al progresso della medicina e al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. L'analisi territoriale relativa all'anno 2006 mostra nella sopravvivenza complessiva, per entrambi i sessi, un valore minimo per la Campania (76,9 per i maschi e 82,6 per le femmine) e un valore massimo per le Marche (79,2 e 84,8). Gli uomini che vivono nel centro possono contare su una speranza di vita mediamente più elevata rispetto ai residenti delle altre ripartizioni geografiche; le donne sembrano essere più svantaggiate nel meridione. Medesime considerazioni valgono per la speranza di vita a 65 anni.

Fonte dei dati e note

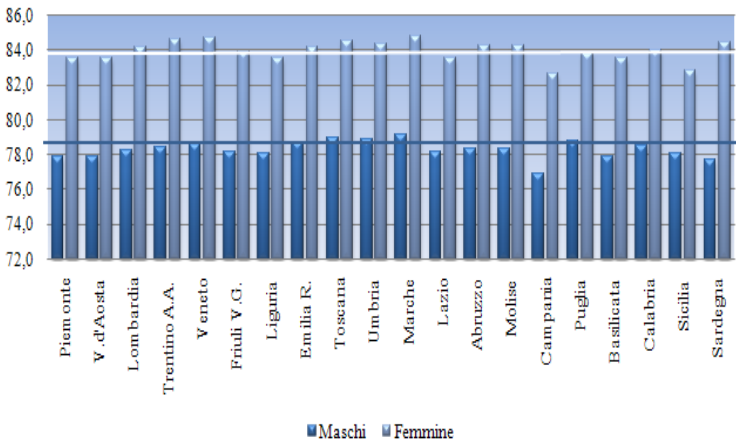
Istat

Speranza di vita alla nascita

	ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
	Indicatore		Indicatore		Indicatore	
Piemonte	77,6	83,6	77,5	83,1	77,9	83,6
V.d'Aosta	77,6	83,6	77,5	83,1	77,9	83,6
Lombardia	77,6	84,1	77,8	83,7	78,3	84,2
Trentino A.A.	78,0	84,4	78,1	84,2	78,5	84,6
Veneto	78,1	84,5	78,0	84,2	78,6	84,7
Friuli V.G.	77,7	83,5	77,8	83,5	78,2	83,9
Liguria	78,0	83,8	77,6	83,3	78,1	83,6
Emilia R.	78,5	84,1	78,2	83,7	78,7	84,2
Toscana	78,9	84,4	78,5	84,1	79,0	84,6
Umbria	78,7	84,3	78,1	84,0	78,9	84,4
Marche	79,0	84,7	79,1	84,7	79,2	84,8
Lazio	77,4	82,9	77,7	82,8	78,1	83,6
Abruzzo	77,8	84,2	77,8	84,1	78,4	84,3
Molise	77,8	84,2	77,8	84,1	78,4	84,3
Campania	76,5	82,3	76,3	82,0	76,9	82,6
Puglia	78,6	83,8	78,5	83,5	78,8	83,9
Basilicata	77,9	83,0	77,7	83,3	77,9	83,6
Calabria	78,2	83,3	77,9	83,1	78,5	84,0
Sicilia	77,8	82,7	77,6	82,6	78,0	82,9
Sardegna	77,6	84,0	77,5	83,6	77,7	84,5
ITALIA	77,9	83,7	77,8	83,4	78,3	83,9
Parametro di riferimento	77,9	83,7	77,8	83,4	78,3	83,9



SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA (in anni) - ANNO 2006



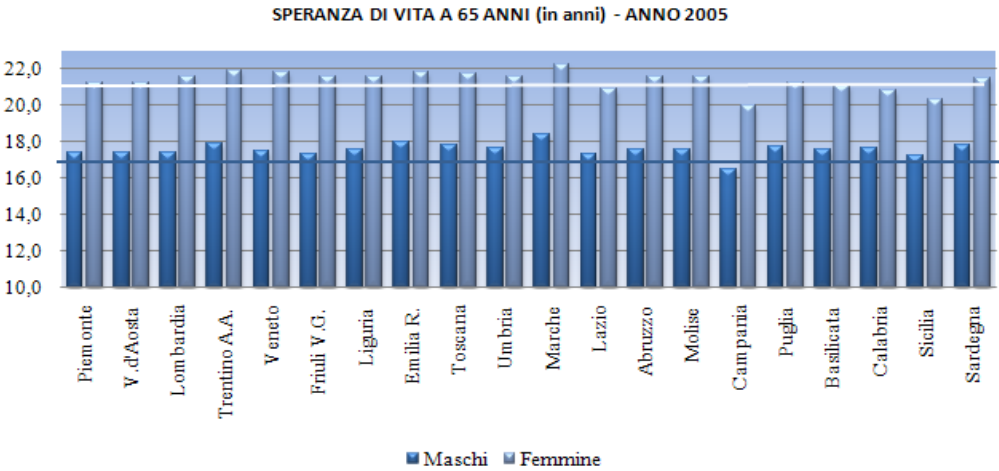
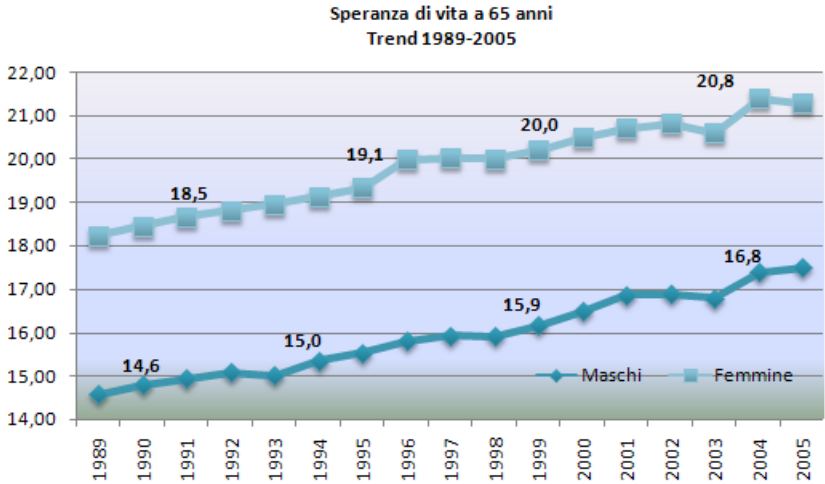
SPERANZA DI VITA

OSSERVAZIONI

L'indicatore è molto utilizzato per descrivere sinteticamente lo stato di salute di una popolazione. Consente confronti temporali e territoriali consolidati e diffusi in tutti i paesi del mondo. Sono ben note in letteratura le analisi di correlazione tra la sopravvivenza e la disponibilità di risorse destinate alla sanità

Speranza di vita a 65 anni

	ANNO 2003		ANNO 2004		ANNO 2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
	Indicatore		Indicatore		Indicatore	
Piemonte	16,6	20,6	17,3	21,5	17,4	21,2
V. d'Aosta	16,2	21,0	17,3	21,5	17,4	21,2
Lombardia	16,5	20,8	17,3	21,7	17,4	21,6
Trentino A.A.	16,9	21,3	17,4	21,9	17,9	22,0
Veneto	17,0	21,3	17,4	22,0	17,5	21,9
Friuli V.G.	16,4	21,0	17,1	21,3	17,4	21,6
Liguria	16,8	20,5	17,5	21,7	17,6	21,6
Emilia R.	17,3	21,1	17,9	21,9	18,0	21,8
Toscana	17,3	21,1	17,9	22,0	17,8	21,7
Umbria	17,4	21,6	18,1	22,1	17,6	21,6
Marche	17,5	21,4	18,2	22,3	18,4	22,3
Lazio	16,7	20,2	17,1	20,8	17,3	20,9
Abruzzo	17,3	21,0	17,5	21,6	17,6	21,6
Molise	17,3	21,0	17,5	21,6	17,6	21,6
Campania	15,9	19,4	16,6	20,2	16,5	20,0
Puglia	17,2	20,7	18,0	21,6	17,8	21,2
Basilicata	17,4	20,7	17,9	21,1	17,6	21,1
Calabria	17,4	20,3	17,8	21,2	17,7	20,8
Sicilia	16,7	19,6	17,4	20,5	17,2	20,3
Sardegna	17,2	20,8	17,9	21,7	17,8	21,5
ITALIA	16,8	20,6	17,4	21,4	17,5	21,3
Parametro di riferimento	16,8	20,6	17,4	21,4	17,5	21,3



Fonte dei dati e note

Istat

SPERANZA DI VITA LIBERA DA DISABILITA' A 15 ANNI

SIGNIFICATO

La speranza di vita libera da disabilità a 15 anni indica il numero medio di anni che si può aspettare di vivere in assenza di disabilità. Questo indicatore viene classificato fra gli indicatori di risultato perché rappresenta una misura sintetica della sopravvivenza e della qualità della vita degli individui. Esso riflette il progresso delle conoscenze e delle tecniche mediche, la qualità dell'assistenza sanitaria, la prevenzione e il miglioramento di tutte le forme di assistenza, anche non specificamente sanitarie, che in qualche modo contribuiscono a migliorare la qualità della vita del paziente. Nel corso degli anni sono state sviluppate diverse scale di misura, con l'obiettivo di quantificare in qualche modo il livello di disabilità da cui il soggetto è afflitto, per poter valutare, ad esempio, la bontà e l'efficacia di un trattamento o il livello di assistenza richiesto.

DESCRIZIONE RISULTATI

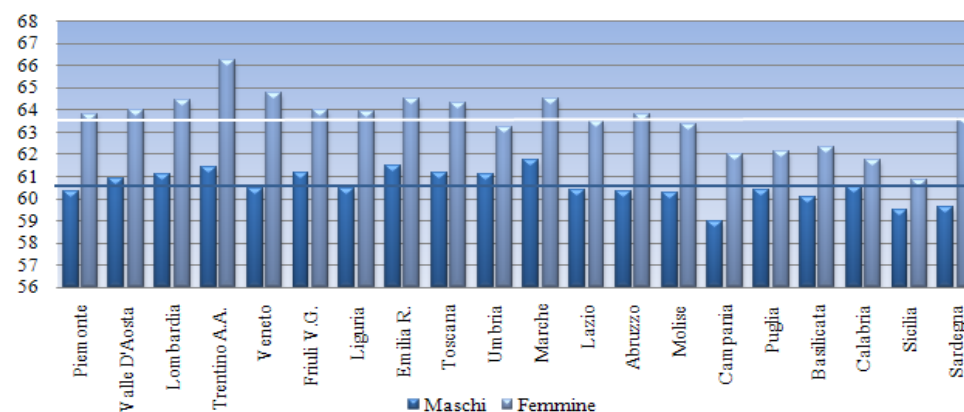
L'indicatore viene calcolato ogni 5 anni e gli ultimi dati disponibili sono del 2005; dall'analisi dei dati si può osservare un discreto gradiente sud-nord riguardo il sesso femminile, con i valori più elevati in Trentino Alto Adige e Veneto e i più bassi in Calabria e Sicilia. Più omogenei i valori per i maschi con un massimo nelle Marche (61,7) ed un minimo in Campania (59). Le regioni del centro Italia si attestano generalmente intorno ai valori medi nazionali. Inoltre dal 2000 al 2005 si è avuto un leggero incremento dei valori sia per gli uomini che per le donne, più accentuato per i primi che sono passati da 58,8 a 60,5 mentre le femmine da 62,3 a 63,5.

OSSERVAZIONI

Questo indicatore è molto usato per indicare la qualità della vita nelle diverse aree geografiche. Si tratta di un dato che consente di valutare, in modo sintetico ed immediato, la posizione, rispetto alle diverse variabili dello sviluppo, dei cosiddetti "paesi poveri" situati nelle diverse aree del mondo (Africa, Asia, Pacifico, America centrale e meridionale). È stato riscontrato, infatti, che paesi caratterizzati da guadagni pro-capite più elevati presentano anche una speranza di vita libera da disabilità maggiore; un'analoga relazione esiste con la spesa sanitaria pro-capite, sebbene anche all'interno del gruppo dei paesi più sviluppati esista comunque una certa variabilità.

	ANNO 2000		ANNO 2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	58,8	62,3	60,3	63,8
Valle D'Aosta	57,7	63,2	60,9	64,0
Lombardia	58,7	63,3	61,1	64,5
Trentino A.A.	59,4	64,5	61,4	66,3
Veneto	59,2	63,8	60,5	64,8
Friuli V.G.	57,7	63,5	61,2	64,0
Liguria	59,4	63,6	60,5	64,0
Emilia R.	59,6	63,3	61,5	64,5
Toscana	59,9	62,5	61,2	64,3
Umbria	60,3	63,0	61,1	63,2
Marche	59,9	63,0	61,7	64,5
Lazio	58,7	62,9	60,4	63,5
Abruzzo	58,8	62,9	60,3	63,8
Molise	59,6	61,8	60,3	63,3
Campania	57,6	60,5	59,0	62,0
Puglia	58,8	60,7	60,4	62,1
Basilicata	59,2	61,2	60,0	62,3
Calabria	58,7	60,0	60,5	61,8
Sicilia	58,0	59,1	59,5	60,8
Sardegna	57,6	61,4	59,6	63,6
ITALIA	58,8	62,3	60,5	63,5

SPERANZA DI VITA LIBERA DA DISABILITA' A 15 ANNI - ANNO 2005



LISTE DI ATTESA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE

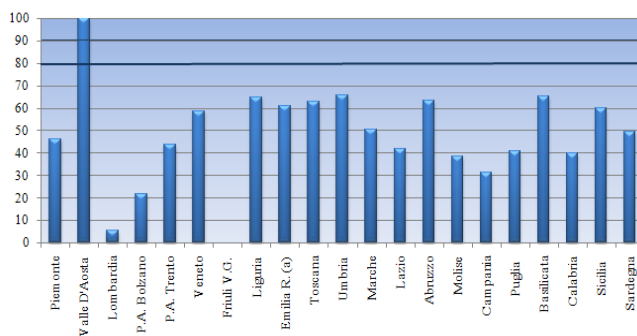
SIGNIFICATO

Il periodo che intercorre tra la richiesta di una prestazione sanitaria, quali visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, e la loro effettiva erogazione, viene solitamente definito tempo di attesa. Per talune prestazioni vi sono tempi sensibilmente lunghi, tali da favorire la formazione di interminabili liste di attesa. Questo è uno degli aspetti cruciali nell'organizzazione dei servizi sanitari e al contempo estremamente delicato: si pensi solamente all'importanza della tempestività dei risultati diagnostici e/o di visite specialistiche per la prevenzione di alcune gravi patologie. Varie iniziative sono state intraprese a tal riguardo, sia a livello centrale che locale. Si pensi, ad esempio, all'attivazione dei CUP (Centro Unificato di Prenotazione) che, mediante un sistema automatizzato, consente di prenotare visite ed esami specialistici, presso le strutture che presentano tempi di attesa più brevi rispetto ad altre. A livello centrale sono state prodotte linee guida sui criteri di priorità per l'accesso a prestazioni diagnostico-terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. Sono stati anche sanciti Accordi tra Governo, Regioni e Province autonome per determinare le classi di priorità per il ricorso alle prestazioni. L'indicatore in esame fa riferimento alle liste di attesa per la TAC del capo, l'ecografia dell'addome superiore e la visita oculistica, con esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo. Il decreto ministeriale 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", stabilisce tempi di attesa di riferimento per le suddette prestazioni: 30 giorni per l'ecografia e visita oculistica, 60 giorni per la TAC. Tempi d'attesa confermati anche con il Piano Sanitario di contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2006-2008. Dagli Assessorati regionali sono state fornite indicazioni sul numero di prenotazioni per le prestazioni suddette, presso le strutture sanitarie pubbliche operanti nel proprio ambito territoriale. E' stata fornita l'ulteriore indicazione di quante prestazioni sono state effettivamente erogate entro i giorni di riferimento. L'indicatore qui considerato esprime il valore percentuale delle prestazioni erogate entro i giorni di riferimento rispetto al totale.

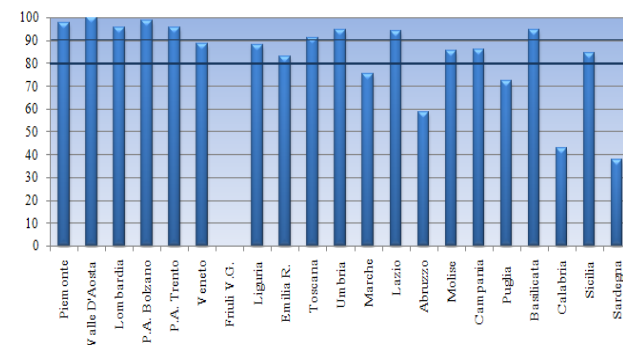
Tac del capo

	ANNO 2004			ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Prenotazioni entro 60 gg.	Totale prenotazioni
Piemonte	76,12	76,98	97,56	22.439	23.001
Valle D'Aosta	100,00	100,00	100,00	933	933
Lombardia	89,00	92,48	95,56	49.237	51.524
P.A. Bolzano	64,69	81,18	98,87	6.762	6.839
P.A. Trento	93,00	94,16	95,73	1.904	1.989
Veneto	76,48	91,34	88,60	29.131	32.880
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	88,01	69,63	88,06	10.358	11.762
Emilia R.	84,42	80,00	82,89	51.546	62.184
Toscana	96,40	94,35	90,97	13.988	15.377
Umbria	99,28	99,09	94,75	16.018	16.905
Marche	91,05	88,83	75,21	10.220	13.589
Lazio	86,87	95,66	94,18	23.112	24.540
Abruzzo	95,65	90,32	58,73	6.010	10.234
Molise	97,68	100,00	85,44	968	1.133
Campania	30,22	64,52	85,95	8.013	9.323
Puglia	81,08	74,79	72,17	15.419	21.364
Basilicata	96,77	98,95	94,71	7.631	8.057
Calabria	56,50	78,44	42,65	4.664	10.936
Sicilia	70,37	56,41	84,47	26.072	30.867
Sardegna	69,98	53,60	37,58	3.169	8.432
ITALIA	78,95	80,02	85,00	307.594	361.869
Parametro di riferimento	80 - 90	80 - 90	80 - 90		

ECOGRAFIE ADDOME SUPERIORE
PERCENTUALE DI ECOGRAFIE EFFETTUATE ENTRO 30 GIORNI DALLA RICHIESTA - ANNO 2006



TAC DEL CAPO
PERCENTUALE DI TAC EFFETTUATE ENTRO 60 GIORNI DALLA RICHIESTA - ANNO 2006



Ecografie addome superiore

	ANNO 2004			ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Prenotazioni entro 60 gg.	Totale prenotazioni
Piemonte	66,13	47,57	46,31	72.584	156.721
Valle D'Aosta	81,40	60,92	100,00	1.904	1.904
Lombardia	70,00	77,34	5,45	6.295	115.564
P.A. Bolzano	58,86	71,26	21,57	2.118	9.821
P.A. Trento	69,02	69,60	43,62	2.173	4.982
Veneto	54,64	49,35	58,38	45.804	78.458
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	51,09	50,97	64,70	22.120	34.189
Emilia R. (a)	66,45	72,00	61,08	230.361	377.120
Toscana	62,13	62,43	62,88	24.967	39.703
Umbria	78,13	67,17	65,63	26.992	41.127
Marche	65,85	61,90	50,65	24.954	49.266
Lazio	49,10	49,10	41,84	53.136	126.989
Abruzzo	66,87	61,72	63,30	21.177	33.453
Molise	78,31	53,58	38,55	3.200	8.301
Campania	72,65	35,72	31,11	32.520	104.521
Puglia	48,43	54,92	40,98	37.745	92.105
Basilicata	67,28	62,08	65,29	16.515	25.296
Calabria	34,53	33,26	39,67	12.253	30.891
Sicilia	68,49	69,53	59,79	36.527	61.088
Sardegna	73,40	22,64	49,33	17.166	34.796
ITALIA	62,51	59,43	48,41	690.511	1.426.295
Parametro di riferimento	80 - 90	80 - 90	80 - 90		

a) entro 60 giorni

LISTE DI ATTESA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE

DESCRIZIONE RISULTATI

L'indagine condotta dal Ministero presso gli Assessorati regionali non presenta i dati relativi al Friuli Venezia Giulia. Il decreto ministeriale 12 dicembre 2001 fissa un parametro di riferimento per l'indicatore che, per tutte e tre le prestazioni considerate, è compreso tra 80 e 90%. Dai dati emerge che nella sola Valle d'Aosta le TAC del capo si effettuano tutte entro 60 giorni, tuttavia anche in Piemonte e nella P.A. di Bolzano si raggiungono valori prossimi al 100%. La Sardegna è decisamente la regione più distante dall'obiettivo, poichè l'indicatore è fermo al 37,6%. Relativamente all'ecografia dell'addome superiore il dato fornito dalla regione Emilia Romagna non è confrontabile con gli altri: i giorni di riferimento per effettuare l'esame sono 60 anzichè 30, come sancito dall'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002. In Lombardia solo il 5,4% delle ecografie prenotate vengono erogate entro 30 giorni. L'indicatore relativo alle visite oculistiche raggiunge il range di riferimento solo nella P.A. di Bolzano (93%). Le percentuali più elevate di visite effettuate entro 30 giorni si rilevano inoltre in Toscana (79,3%) ed a seguire in Lombardia, nella P.A. di Trento ed in Basilicata con valori che superano il 60%. In Campania meno del 13% delle visite si effettuano nei 30 giorni previsti.

OSSERVAZIONI

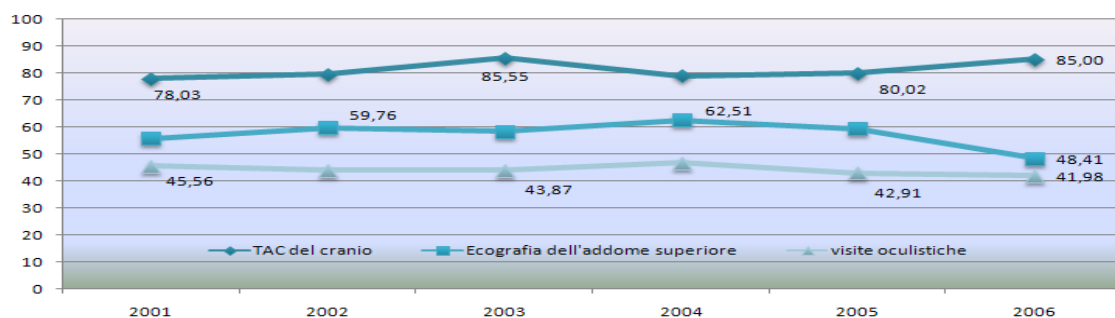
Le prestazioni considerate dall'indicatore in esame sono individuate dai seguenti codici: 88.03 TAC del capo; 88.74 ecografia addome superiore; 95.02 visita oculistica. La Legge 23 dicembre 2005, n°266 (legge finanziaria 2006) prevede che le regioni intraprendano gli interventi attuativi del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa. Tra questi è prevista l'attivazione, nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa.

Visita oculistica

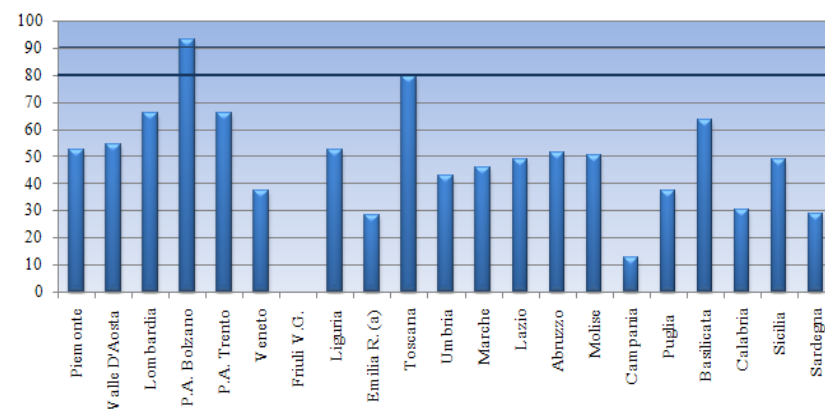
	ANNO 2004			ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Prenotazioni entro 60 gg.	Totale prenotazioni
Piemonte	41,99	36,52	52,43	156.721	298.894
Valle D'Aosta	38,77	52,66	54,47	3.619	6.644
Lombardia	48,00	53,84	66,06	301.042	455.738
P.A. Bolzano	80,00	56,77	92,97	23.211	24.966
P.A. Trento	74,68	66,04	66,14	20.936	31.655
Veneto	29,85	30,98	37,46	132.743	354.313
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	50,39	13,65	52,21	37.351	71.540
Emilia R. (a)	37,53	29,00	28,19	137.032	486.024
Toscana	55,33	68,59	79,25	279.877	353.153
Umbria	47,24	49,25	42,97	49.073	114.215
Marche	40,06	49,25	46,02	77.760	168.979
Lazio	53,05	53,05	49,08	215.169	438.426
Abruzzo	72,13	51,28	51,25	57.784	112.749
Molise	64,81	75,98	50,22	8.274	16.474
Campania	46,14	52,73	12,44	105.684	849.473
Puglia	49,74	37,16	37,15	84.191	226.617
Basilicata	69,02	66,48	63,35	24.205	38.209
Calabria	19,16	18,08	30,41	44.464	146.217
Sicilia	63,12	49,81	48,70	127.173	261.148
Sardegna	13,94	14,34	28,75	34.213	119.011
ITALIA	46,72	42,91	41,98	1.920.522	4.574.445
Parametro di riferimento	80 - 90	80 - 90	80 - 90		

a) entro 60 giorni

Percentuale prestazioni erogate entro i giorni previsti
Trend 2001-2006



VISITA OCULISTICA
PERCENTUALE DI VISITE EFFETTUATE ENTRO 30 GIORNI DALLA RICHIESTA - ANNO 2006



TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER TUTTE LE CAUSE*

SIGNIFICATO

La mortalità è un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione: molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (artrosi, diabete, ipertensione, ecc) presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità; inoltre importanti diminuzioni della mortalità possono essere dovute a progressi nella diagnosi o nel trattamento, anche se la frequenza della malattia considerata rimane stabile o è addirittura in aumento. Tuttavia, le misure di mortalità costituiscono delle proxy delle condizioni sanitarie della popolazione importanti, in quanto universalmente accettate, ampiamente utilizzate e per le quali si dispone di lunghi trend temporali.

L'indicatore in esame permette di studiare la mortalità eliminando l'effetto distorsivo delle differenti strutture per età delle popolazioni, e consente dunque di effettuare confronti territoriali ed analisi temporali del fenomeno. E' dato dal rapporto tra il numero di morti attese e la popolazione standard ed è calcolato per 10.000 abitanti. E' stata presa come popolazione di riferimento la popolazione italiana al censimento del 1991.

DESCRIZIONE RISULTATI

Il tasso standardizzato di mortalità risulta essere nettamente superiore nei maschi (89,2 decessi per 10.000 abitanti) che nelle femmine (54,1 decessi per 10.000 abitanti); per gli uomini la geografia della mortalità sembra tendenzialmente bilanciata nella penisola: le regioni con una mortalità maschile superiore a quella media nazionale sono nell'ordine: Campania, Basilicata, Valle d'Aosta, Piemonte, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Sardegna, P.A. di Trento, Molise, Liguria e Lombardia; per le donne, valori dell'indicatore superiori a quelli di riferimento nazionale sono registrati in Molise, Sicilia, Valle d' Aosta, Piemonte, Liguria, Marche, Puglia, Basilicata e Calabria. Posizioni molto favorevoli delle Marche e dell' Umbria, regioni caratterizzate da minimi livelli di mortalità (per le Marche 5,54 decessi per 10.000 abitanti nei maschi e 48,3 decessi per 10.000 abitanti femmine in Umbria).

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

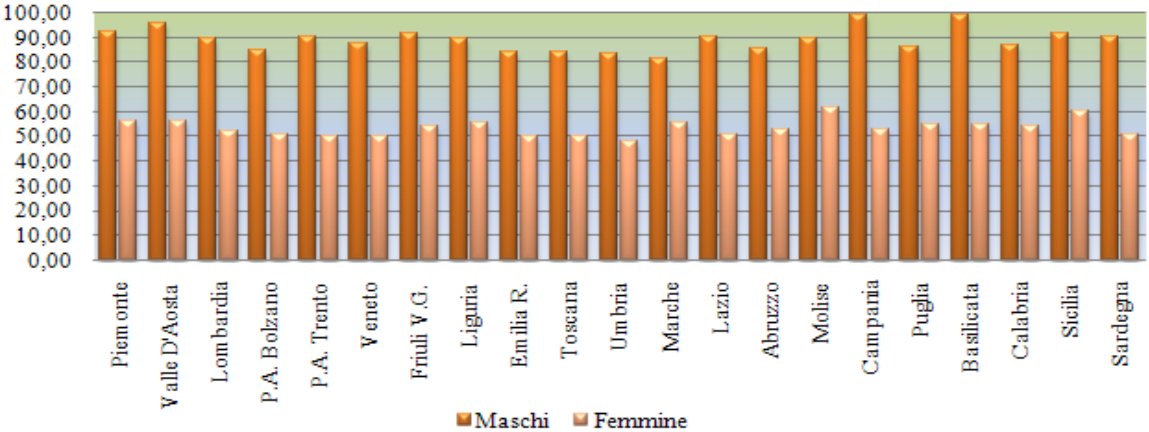
Sebbene il declino della mortalità sia ampiamente generalizzato a tutto il territorio nazionale, esistono delle differenze geografiche nell'intensità del fenomeno. Tra il 2005 e il 2006 le variazioni più vistose hanno riguardato l' Umbria in cui la mortalità maschile si è ridotta di ben 9 punti percentuali (da 92,7 a 83,7) e la Basilicata, unica regione in cui il valore è peggiorato, con 6 punti percentuali in più (da 93 a 99). Anche per le donne i valori sono generalmente in riduzione e comunque inferiori a quelli degli uomini, fanno eccezione Valle d' Aosta e Molise che registrano una tendenza all' aumento.

(*) cod ICD-9 0-999

	ANNO 2005		ANNO 2006	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	96,4	58,7	92,5	56,0
Valle D'Aosta	98,3	55,9	95,6	56,4
Lombardia	94,3	55,1	89,4	52,4
P.A. Bolzano	89,4	53,5	85,0	50,6
P.A. Trento	91,6	51,5	90,3	49,9
Veneto	92,3	52,7	87,5	50,0
Friuli V.G.	95,5	55,9	91,5	54,1
Liguria	94,0	56,2	89,8	55,6
Emilia R.	87,4	53,4	84,4	50,3
Toscana	89,0	53,6	84,5	50,2
Umbria	92,7	53,9	83,7	48,3
Marche	83,2	50,1	81,2	55,4
Lazio	94,9	59,5	90,5	50,7
Abruzzo	90,2	53,0	85,5	53,0
Molise	95,9	54,0	90,0	61,9
Campania	105,6	66,6	99,5	53,0
Puglia	89,6	57,3	86,3	54,9
Basilicata	93,0	58,5	99,0	54,7
Calabria	92,7	59,8	87,1	54,4
Sicilia	95,8	62,9	91,6	60,7
Sardegna	93,9	55,0	90,4	50,9
ITALIA	93,6	56,9	89,2	54,1

Standardizzazione effettuata utilizzando la popolazione italiana al censimento 1991.
Standardizzazione effettuata utilizzando la popolazione italiana al censimento 1991.

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER TUTTE LE CAUSE
(per 10.000 abitanti)
ANNO 2006



ISTAT

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER CAUSE CARDIO E CEREBROVASCOLARI ^{(a)(b)}

SIGNIFICATO

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili di circa il 40% di tutti i decessi; queste patologie, quando non sono letali, modificano radicalmente la qualità della vita ed hanno un costo sociale e sanitario considerevole: in Italia la prevalenza di cittadini affetti da patologia cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (Istat); il 25,7% della spesa farmaceutica italiana (circa 6 miliardi di euro), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (Osmed, 2006). L'indicatore in esame consente di studiare la distribuzione territoriale della mortalità per cause cardio e cerebrovascolari eliminando l'effetto distorsivo delle differenti strutture per età delle popolazioni; esso è dato dal rapporto tra il numero di morti attese per cause cardio e cerebrovascolari e la popolazione standard; quest'ultima è costituita dalla popolazione italiana al censimento del 1991.

DESCRIZIONE RISULTATI

Il tasso standardizzato di mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari è superiore nei maschi (34,45 decessi per 10.000 abitanti) che nelle femmine (22,16 decessi per 10.000 abitanti). La geografia della mortalità è abbastanza sbilanciata a sfavore dell'area meridionale della penisola: per i maschi, valori dell'indicatore superiori a quello medio nazionale si registrano, nell'ordine, in Campania, Sicilia, Molise, Basilicata, Lazio, Calabria, P.A. di Bolzano, Umbria, Valle d'Aosta ed Abruzzo; per le femmine, in Sicilia, Campania, Calabria, Basilicata, P.A. di Bolzano, Lazio, Molise, Puglia e Piemonte.

Nel periodo 2002-2004 si ha un sostanziale calo del valore dell' indicatore a livello nazionale per entrambi i sessi. Infatti sia per i maschi che per le femmine si registra un decremento dei valori nazionali pari 10% rispetto a quanto rilevato nel corso del 2002.

OSSERVAZIONI

Il contrasto delle malattie cardio e cerebrovascolari rientra negli obiettivi generali sia del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che dei precedenti Piani Sanitari. I principali fattori di rischio riconosciuti a livello individuale e collettivo per queste malattie (l'abitudine al fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa) possono essere influenzati attraverso la modificazione delle abitudini alimentari e degli stili di vita: la promozione di stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute costituiscono, non a caso, un altro fondamentale obiettivo del Piano Sanitario Nazionale in vista del quale già sono state effettuati alcuni importanti interventi legislativi affiancati da incisive campagne di educazione e di informazione come la "Carta del rischio" di grande utilità per i cittadini italiani.

	ANNO 2002		ANNO 2004	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	37,81	24,63	34,41	22,20
Valle D'Aosta	42,26	23,82	34,70	17,79
Lombardia	36,84	22,34	33,22	19,64
P.A. Bolzano (c)	38,02	25,11	35,23	23,75
P.A. Trento (c)	39,54	21,56	33,35	21,01
Veneto	37,36	21,37	32,75	19,42
Friuli V.G.	36,50	22,57	32,83	21,10
Liguria	35,87	22,87	33,12	19,97
Emilia R.	35,69	22,11	33,27	20,58
Toscana	36,59	22,83	33,26	20,25
Umbria	37,81	23,80	35,07	22,00
Marche	35,47	22,18	31,36	19,64
Lazio	39,98	23,51	35,76	23,51
Abruzzo	37,73	23,96	34,69	22,10
Molise	38,91	26,54	37,58	22,78
Campania	45,57	33,28	40,05	28,13
Puglia	34,56	25,66	30,23	22,37
Basilicata	38,11	27,12	37,10	24,59
Calabria	40,50	29,60	35,68	25,90
Sicilia	42,96	30,91	39,14	28,38
Sardegna	34,97	22,90	31,50	19,76
ITALIA	38,22	24,81	34,45	22,16

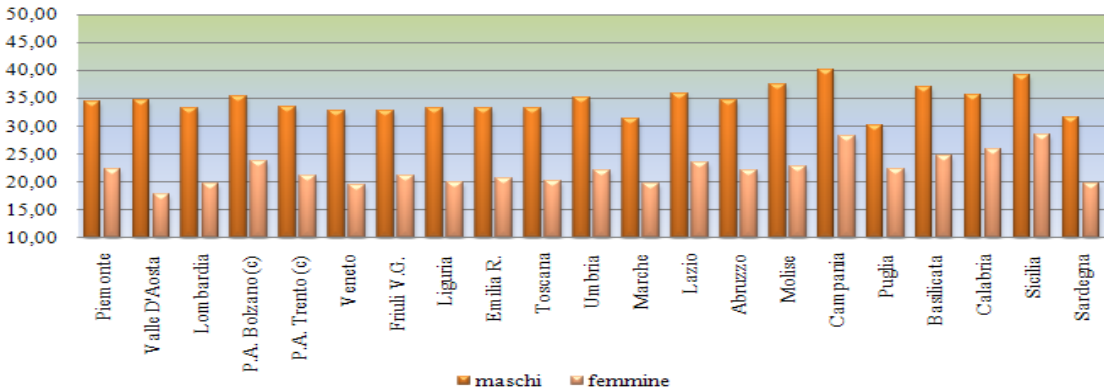
(a) cod. ICD 9 390-459

(c) dati reali registrati e codificati dalla provincia

Standardizzazione effettuata utilizzando la popolazione italiana al censimento 1991

(b) sono esclusi i morti a meno di un anno di vita. Anno 2004: i dati di mortalità per causa sono stimati.

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER CAUSE CARDIO E CEREBROVASCOLARI
(per 10.000 abitanti)
ANNO 2004



TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER TUMORI (a)(b)

SIGNIFICATO

Secondo i dati Istat del 2006, i tumori rappresentano in Italia la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio. Dagli studi condotti dall'AIRT (Associazione Italiana Registri Tumori) emerge che per alcune sedi l'incidenza è in diminuzione, come nel caso del tumore del polmone tra gli uomini, del tumore dello stomaco, dei tumori della colecisti e della cervice uterina. La mortalità per tutti i tumori, escludendo l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, è in riduzione in entrambi i sessi. La riduzione complessiva della mortalità è conseguenza della riduzione della mortalità per molti dei principali tumori, quali quello del polmone tra gli uomini e della mammella tra le donne ma anche del colon-retto, dello stomaco, della vescica, ecc.; tale fenomeno si giustifica in parte dall'avvio di programmi organizzati di screening, che hanno consentito un aumento delle diagnosi in fase precoce, e in parte da un aumento della sopravvivenza, riconducibile ai notevoli progressi nelle capacità terapeutiche. L'indicatore consente di studiare la distribuzione territoriale della mortalità per tumori eliminando l'effetto distorsivo delle differenti strutture per età delle popolazioni; esso è dato dal rapporto tra il numero di morti attese per tumori e la popolazione standard; quest'ultima è costituita dalla popolazione italiana al censimento del 1991.

DESCRIZIONE RISULTATI

Il tasso standardizzato di mortalità per tumori risulta essere nettamente superiore nei maschi (32,06 decessi per 10.000 abitanti) che nelle femmine (16,84 decessi per 10.000 abitanti). Per ambo i sessi le regioni maggiormente colpite sono quelle settentrionali, dove si osservano valori dell'indicatore tendenzialmente superiori a quello di riferimento nazionale. Si osserva nel periodo 2002-2004 una graduale riduzione dei livelli di mortalità per tumori, più intensa negli uomini, (per i quali il tasso standardizzato passa da 33,13 decessi a 32,06 decessi per 10.000 abitanti) che nelle donne (per le quali il tasso standardizzato passa da 17,25 decessi a 16,84 decessi per 10.000 abitanti)

OSSERVAZIONI

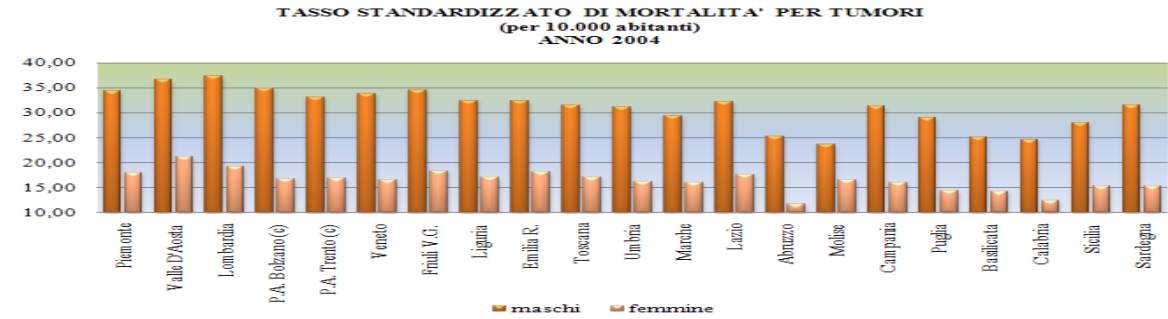
Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 presenta diverse azioni di intervento finalizzate a ridurre la mortalità e l'incidenza dei tumori, tra cui il contrasto delle abitudini al fumo e delle abitudini alimentari scorrette (che costituiscono dei fattori di rischio riconosciuti), la promozione della diagnosi precoce e dei programmi di screening, il potenziamento o la creazione di strutture ospedaliere specializzate nella cura del cancro. I dati dell'ultimo rapporto sulle nuove tendenze della mortalità tumorale in Italia, presentato dall'Istat nel 2006, presentano una situazione decisamente favorevole: la mortalità per tumore tende a diminuire sia per i maschi che per le femmine; l'Italia presenta inoltre la sopravvivenza più alta rispetto alla media europea. Ciò dimostra il valore degli interventi in campo oncologico effettuati negli ultimi anni sul Servizio Sanitario Nazionale sia sulla prevenzione primaria che su quella secondaria.

	ANNO 2002		ANNO 2004	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	34,10	18,33	34,31	17,91
Valle D'Aosta	38,05	20,00	36,59	21,20
Lombardia	38,38	19,58	37,40	19,18
P.A. Bolzano (c)	31,07	17,32	34,84	16,78
P.A. Trento (c)	34,18	16,90	33,13	16,91
Veneto	35,60	17,52	33,77	16,60
Friuli V.G.	38,95	19,97	34,59	18,34
Liguria	35,45	17,36	32,41	17,02
Emilia R.	34,32	18,08	32,34	18,07
Toscana	32,75	17,01	31,48	17,10
Umbria	30,76	16,89	31,07	16,19
Marche	28,58	15,50	29,45	15,94
Lazio	33,30	17,67	32,26	17,67
Abruzzo	29,38	14,65	25,24	11,75
Molise	25,77	11,89	23,65	16,50
Campania	33,53	16,25	31,25	16,04
Puglia	29,91	15,25	29,05	14,37
Basilicata	26,17	13,00	25,11	14,20
Calabria	23,81	12,31	24,56	12,37
Sicilia	27,76	15,34	27,95	15,23
Sardegna	31,27	15,83	31,54	15,26
ITALIA	33,13	17,25	32,06	16,84

(a) cod. ICD 9 140-239

(b) sono esclusi i morti a meno di un anno di vita. Anno 2004: i dati di mortalità per causa sono stimati.

(a) dati reali registrati e codificati dalla provincia
Standardizzazione effettuata utilizzando la popolazione italiana al censimento 1991



Fonte dei dati e note

ISTAT

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALIA' PER INCIDENTI STRADALI*

SIGNIFICATO

Uno dei maggiori problemi di salute pubblica in Italia è rappresentato dalle conseguenze socio-sanitarie degli incidenti stradali: secondo i dati ISTAT sulla mortalità per causa, gli incidenti stradali costituiscono la prima causa di morte nella popolazione di età compresa tra i 15 e i 44 anni; negli ultimi 30 anni questo fenomeno ha causato la morte di oltre 300.000 persone. L'indicatore in esame consente di studiare la distribuzione territoriale della mortalità per incidenti stradali eliminando l'effetto distorsivo delle differenti strutture per età delle popolazioni; esso è dato dal rapporto tra il numero di morti attese per incidenti stradali e la popolazione standard; quest'ultima è costituita dalla popolazione italiana al censimento del 1991.

DESCRIZIONE RISULTATI

Il tasso standardizzato di mortalità per incidenti stradali è nettamente superiore nei maschi (1,92 decessi per 10.000 abitanti) che nelle femmine (0,49 decessi per 10.000 abitanti). La distribuzione geografica del fenomeno presenta un gradiente Nord-Sud: i valori dell'indicatore superiori a quello di riferimento nazionale sono concentrati prevalentemente nelle regioni centro-settentrionali e in Sardegna. Nei maschi, per i quali il fenomeno si presenta con una maggiore variabilità territoriale, massimi e minimi livelli di mortalità si registrano in Valle d'Aosta e in Liguria (rispettivamente con 3,91 e 0,98 decessi per 10.000 abitanti); nelle femmine, i valori estremi si presentano in Emilia Romagna e in Campania (rispettivamente con 0,78 e 0,28 decessi per 10.000 abitanti). Dall'analisi del triennio 2000-2002 si osserva che la mortalità per incidenti stradali ha subito una tendenziale riduzione nelle femmine passando da 0,56 nel 2000 a 0,49 decessi per 10.000 abitanti nel 2002. Per gli uomini invece esiste un sostanziale equilibrio nel triennio intorno al valore di 1,90 decessi per 100.000 abitanti.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

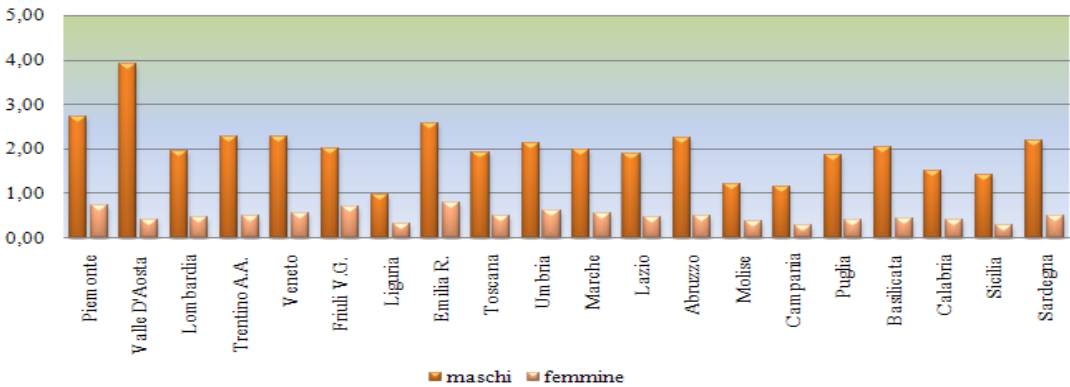
Nel corso degli ultimi 30 anni il tasso di mortalità per incidente stradale si è ridotto complessivamente del 48%; questa diminuzione non appare, però, uniforme in tutte le classi di età: l'andamento dei tassi di mortalità relativi alla fascia d'età 15-29 anni non presenta, infatti, grandi variazioni nel tempo; per questo gruppo di popolazione, inoltre, si è osservato un aumento dell'esposizione ai fattori di rischio associati all'incidente stradale. L'aumento proporzionale della mortalità dei giovani per incidenti stradali suggerisce la necessità di incrementare le azioni di prevenzione da adottare a contrasto del fenomeno. Per il 2020 l'OMS ha fissato l'obiettivo di ridurre del 50% la mortalità e la disabilità conseguente ad incidenti stradali; risulta necessario continuare ad individuare nuove strategie di prevenzione attraverso un'azione congiunta e coordinata da parte dei soggetti che operano in questo ambito sia sul versante sanitario, sia su quello infrastrutturale, sia, infine, su quello educativo.

(*) cod.ICD-9 E810-E819

	ANNO 2000		ANNO 2001		ANNO 2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	2,31	0,85	2,32	0,74	2,73	0,73
Valle D'Aosta	2,77	0,40	3,09	0,96	3,91	0,42
Lombardia	1,96	0,60	2,10	0,55	1,96	0,48
Trentino A.A.	1,91	0,60	2,21	0,55	2,27	0,48
Veneto	2,48	0,76	2,45	0,71	2,27	0,56
Friuli V.G.	2,46	0,63	2,56	0,58	2,00	0,71
Liguria	1,17	0,47	1,20	0,36	0,98	0,33
Emilia R.	2,78	0,83	2,70	0,92	2,58	0,78
Toscana	1,80	0,68	1,96	0,44	1,93	0,50
Umbria	2,07	0,52	2,05	0,71	2,12	0,63
Marche	2,14	0,71	2,38	0,76	1,99	0,55
Lazio	1,95	0,55	1,92	0,53	1,90	0,48
Abruzzo	2,01	0,48	2,13	0,47	2,26	0,50
Molise	2,35	0,37	1,89	0,24	1,20	0,38
Campania	1,06	0,28	1,04	0,26	1,16	0,28
Puglia	1,68	0,48	1,83	0,40	1,87	0,39
Basilicata	1,97	0,60	2,12	0,43	2,05	0,45
Calabria	1,29	0,39	1,45	0,30	1,52	0,41
Sicilia	1,26	0,32	1,36	0,42	1,42	0,30
Sardegna	2,26	0,47	2,10	0,58	2,18	0,51
ITALIA	1,88	0,56	1,94	0,53	1,92	0,49

Standardizzazione effettuata utilizzando la popolazione italiana al censimento 1991

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER INCIDENTI STRADALI
(per 10.000 abitanti)
ANNO 2002



ISS

TASSO DI INCIDENZA MALATTIE INFETTIVE (per 1.000 abitanti)

SIGNIFICATO

Grazie alle migliorate condizioni igieniche e socio-economiche, all'uso di vaccini e di farmaci antimicrobici e all'introduzione di efficienti sistemi di sorveglianza, la mortalità per malattie infettive è drasticamente calata dal dopoguerra ad oggi; tuttavia queste patologie restano una importante causa di morbosità e una costante preoccupazione della sanità pubblica. Almeno il 20% della popolazione infantile ogni anno acquisisce un'infezione; le infezioni sono causa terminale di morte per moltissimi anziani; in letteratura si stima che circa il 10% dei cittadini ricoverati in ospedale acquisisce un'infezione ospedaliera. Da una parte permangono problemi legati ad alcune malattie ancora importanti (come le epatiti, le infezioni e le tossinfezioni alimentari) e dall'altra si assiste al riemergere (soprattutto nelle popolazioni "fragili": classi più povere, anziani soli, immigrati,etc) di malattie quali la tubercolosi che per decenni sono state in declino. Il tasso di incidenza delle malattie infettive (tra le più importanti l' Aids, la tubercolosi, le epatiti virali, la malaria, il morbillo, la rosolia e la parotite) è dato dal rapporto tra il numero di nuovi casi di malattie infettive registrati nell'anno e la popolazione residente.

DESCRIZIONE RISULTATI

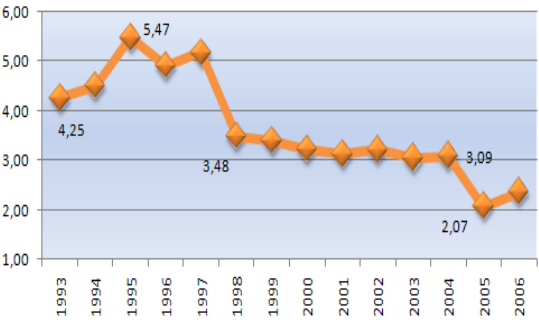
L'indicatore è caratterizzato da una elevata variabilità regionale (coeff. di variazione pari al 65,4%); i valori massimi si riscontrano nella P. A. di Bolzano e in Friuli V.G., quelli minimi in Calabria, Sicilia e Veneto. Dall'analisi del trend emerge che, dopo un' incremento nel periodo 1993-1997, con valori massimi nel 1995 e nel 1997 (5,47 e 5,17 casi notificati per 1000 ab.), il tasso di incidenza delle malattie infettive denota, nel periodo 1997-2005, un andamento sostanzialmente decrescente; nel 2005 si osserva la più intensa riduzione dell'indicatore (rispetto al 2004 si passa infatti da 3,09 a 2,07). Nel 2006 l'indicatore cresce di 0,30 punti percentuali attestandosi al 2,37. Analizzando le singole malattie emerge che l'incidenza di tetano e di epatite B tende al decremento; anche i tassi di incidenza di morbillo, rosolia, e parotite (per cui la vaccinazione è raccomandata) presentano un trend complessivamente decrescente. Le notifiche di nuovi casi di AIDS sono in netta riduzione (nel 2006 diagnosticati tra 3.500 e 4.000 nuovi casi), così come per infezioni e tossinfezioni alimentari ed epatite A. Viceversa riemergono nuovi casi di tubercolosi mista: nel 2006 l' incidenza è salita a 7,7 casi ogni 100.000 abitanti. Tuttavia si resta largamente al di sotto dei livelli da allarme (Rapporto Istan).

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

La consistente riduzione dei livelli di incidenza delle malattie infettive testimonia in primo luogo l'efficacia delle strategie vaccinali adottate: l'Italia è stata certificata, insieme agli altri paesi della regione europea, ufficialmente libera da poliomelite il 21 giugno 2002; la difterite può a ragione considerarsi eliminata; l'incidenza di tetano e di epatite B (per le quali il vaccino è obbligatorio) tende a diminuire. I tassi di incidenza relativi alle malattie per cui la vaccinazione è raccomandata (morbillo, rosolia, e parotite) presentano un trend complessivamente decrescente, ma in questo caso si osserva una maggiore variabilità dei dati tra un anno e l'altro riconducibile in parte al problema delle sottonotifiche, in parte alle coperture vaccinali non ancora completamente adeguate e caratterizzate da una forte disomogeneità a livello territoriale. La riduzione dei nuovi casi di AIDS notificati nell'ultimo decennio testimonia l'efficacia delle campagne di prevenzione e lotta contro la malattia effettuate nel nostro Paese; rilevanti i miglioramenti delle condizioni igienico-sanitarie e i progressi nella conservazione degli alimenti nella riduzione dell'incidenza delle infezioni alimentari e dell'epatite A.

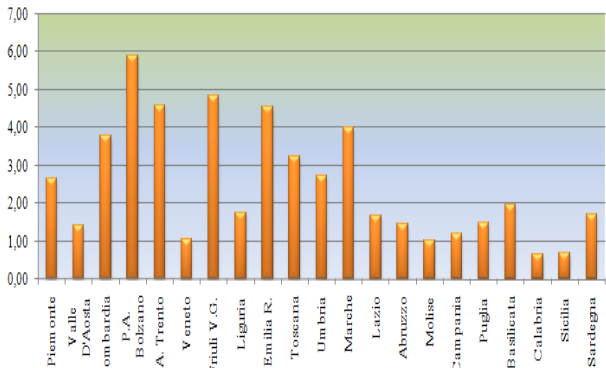
TASSO DI INCIDENZA MALATTIE INFETTIVE PER 1000 ABITANTI
Trend 1993-2006 (valore nazionale)



ISTAT

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	3,02	1,85	2,67
Valle D'Aosta	1,40	2,39	1,41
Lombardia	4,26	2,89	3,81
P.A. Bolzano	8,30	5,54	5,89
P.A. Trento	6,75	4,18	4,60
Veneto	4,42	3,09	1,07
Friuli V.G.	4,70	4,40	4,86
Liguria	2,59	1,43	1,77
Emilia R.	5,48	2,85	4,57
Toscana	4,22	2,53	3,24
Umbria	3,56	2,65	2,73
Marche	3,69	3,83	4,00
Lazio	2,11	1,26	1,66
Abruzzo	2,41	1,36	1,45
Molise	1,86	1,00	1,03
Campania	1,54	1,13	1,19
Puglia	1,63	1,10	1,48
Basilicata	2,52	1,51	1,97
Calabria	1,19	0,93	0,67
Sicilia	1,32	0,95	0,70
Sardegna	1,81	1,20	1,70
ITALIA	3,09	2,07	2,37

TASSO DI INCIDENZA MALATTIE INFETTIVE
(per 1.000 abitanti) - ANNO 2006



TASSO DI PREVALENZA DI ALCUNE MALATTIE CRONICHE

SIGNIFICATO

Da anni l'Istituto Nazionale di Statistica conduce un'indagine, su base campionaria, circa le condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari delle famiglie italiane. Alcune informazioni dell'indagine vengono raccolte periodicamente ogni 5 anni, come quelle relative alle malattie croniche o di lunga durata. All'intervistato è sottoposta una lista di patologie croniche e gli è chiesto di indicare se affetto da una o più malattie presenti nella lista. Rispetto all'indagine condotta nel 1994, quella effettuata nel 2004-2005 ha ampliato la lista delle patologie croniche, come pure è modificata la modalità di somministrazione del questionario. Ciò comporta problemi nella confrontabilità dei dati tra le Regioni. L'indicatore qui considerato, esprime la prevalenza di specifiche malattie croniche, ossia la numerosità di soggetti che ne sono affetti ogni 100 residenti, in un determinato lasso temporale. Le patologie croniche considerate sono quelle che incidono sostanzialmente sulla qualità della vita dei soggetti che ne soffrono, con pesanti ripercussioni anche sulla attività lavorativa, ed implicano, inoltre, crescenti richieste di interventi e continuità assistenziale. Un'efficace attività di prevenzione e l'adozione di più sani stili di vita possono migliorare la convivenza con le patologie croniche qui considerate.

DESCRIZIONE RISULTATI

I valori regionali relativi al 2005, relativamente alla prevalenza di diabete, presentano il valore più elevato in Umbria, con 5,79 soggetti affetti da diabete per 100 residenti. Il valore minimo di 2,73 diabetici su 100 abitanti si ha nella P.A. di Bolzano. Il valore mediano della distribuzione è di 4,59% e le regioni meridionali ed insulari, con la sola eccezione della Sardegna, si collocano nella seconda metà della distribuzione, ossia con valori più elevati. Relativamente alle malattie allergiche i tassi minimi, inferiori al 8% sono stati calcolati per le regioni Puglia e Campania, mentre i tassi più elevati superano il 13% e si attestano in Valle d'Aosta, Umbria e Toscana. Le regioni del centro nord, fatta eccezione per la P.A. di Trento e Piemonte e Marche, sembrano maggiormente affette da malattie allergiche, poichè presentano valori superiori al valore centrale della distribuzione. Infine, con riferimento ad artrosi ed artriti, patologie osteo-articolari maggiormente diffuse nelle fasce d'età più avanzate, i massimi tassi di prevalenza superano i 23 soggetti colpiti ogni 100 residenti in Umbria e Liguria. Anche in questo caso è nella P.A. di Bolzano che si rileva il minimo valore del tasso di prevalenza, con appena l'11,5%.

Fonte dei dati e note

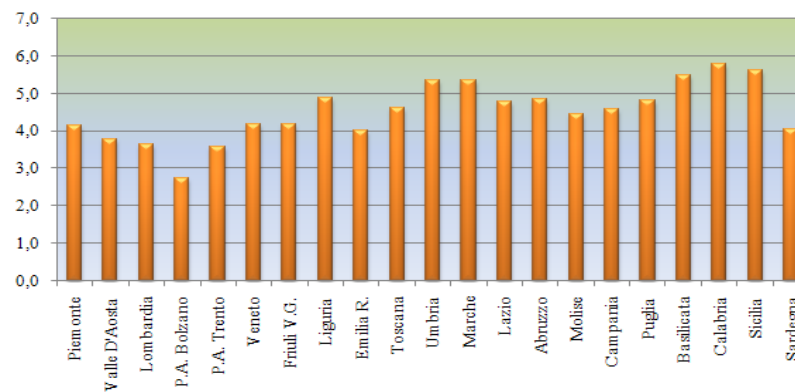
OSSERVAZIONI

Il limite principale dell'indicatore riguarda la precisione dell'informazione sulla prevalenza delle patologie croniche, essendo desunta dai dati autoriferiti dai soggetti considerati nel campione.

Tasso di prevalenza diabete

	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2005
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	3,8	3,1	4,2
Valle D'Aosta	2,3	3,4	3,8
Lombardia	3,2	3,2	3,6
P.A. Bolzano	2,4	1,6	2,7
P.A. Trento	2,8	3,4	3,6
Veneto	3,5	3,0	4,2
Friuli V.G.	4,6	4,3	4,2
Liguria	4,4	3,4	4,9
Emilia R.	4,1	3,5	4,0
Toscana	4,1	3,8	4,6
Umbria	4,1	3,9	5,4
Marche	3,9	4,3	5,4
Lazio	4,0	4,4	4,8
Abruzzo	5,3	5,1	4,8
Molise	3,8	4,6	4,5
Campania	3,7	4,2	4,6
Puglia	4,2	4,9	4,8
Basilicata	3,7	3,8	5,5
Calabria	4,4	5,7	5,8
Sicilia	4,4	4,4	5,6
Sardegna	3,1	3,9	4,1
ITALIA	3,8	3,9	4,5

TASSO DI PREVALENZA DI DIABETE
(PER 100 ABITANTI) - ANNO 2005

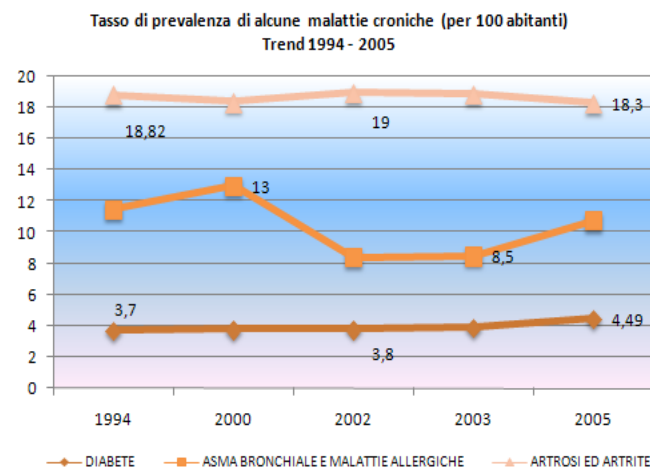


ISTAT

TASSO DI PREVALENZA DI ALCUNE MALATTIE CRONICHE

Tasso di prevalenza malattie allergiche

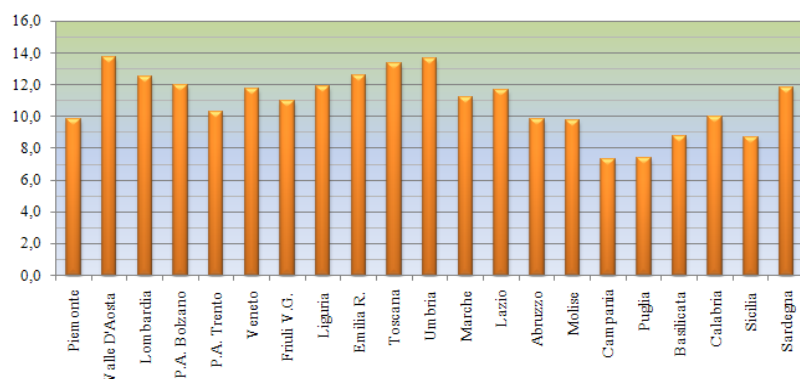
	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2005
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	8,50	8,30	9,81
Valle D'Aosta	7,60	10,60	13,75
Lombardia	9,00	9,90	12,53
P.A. Bolzano	9,40	7,70	12,02
P.A. Trento	9,00	8,40	10,30
Veneto	9,20	9,20	11,76
Friuli V.G.	8,40	7,60	10,98
Liguria	8,00	8,10	11,93
Emilia R.	8,20	8,80	12,58
Toscana	8,90	8,40	13,35
Umbria	8,40	9,70	13,63
Marche	7,20	7,40	11,22
Lazio	8,60	8,10	11,68
Abruzzo	8,80	10,60	9,87
Molise	6,50	8,30	9,74
Campania	6,70	7,30	7,29
Puglia	8,20	7,40	7,41
Basilicata	7,60	8,50	8,74
Calabria	10,60	8,70	10,03
Sicilia	7,70	7,60	8,71
Sardegna	9,30	9,10	11,82
ITALIA	8,40	8,50	10,73



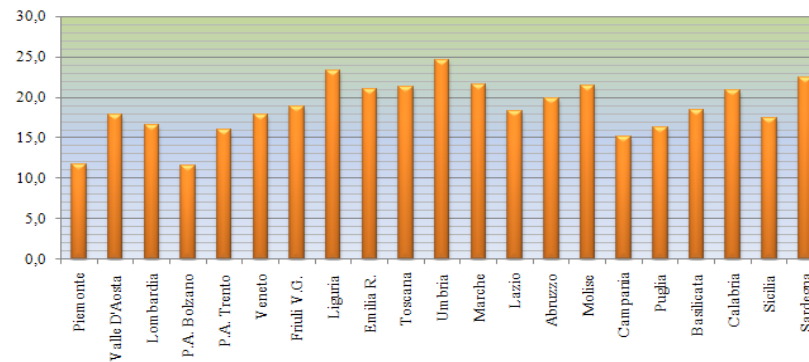
Tasso di prevalenza artrosi e artrite

	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2005
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	16,50	16,80	11,70
Valle D'Aosta	17,00	18,20	17,92
Lombardia	15,70	16,50	16,57
P.A. Bolzano	10,60	9,70	11,51
P.A. Trento	16,00	14,60	15,98
Veneto	16,10	17,50	17,85
Friuli V.G.	19,80	17,90	18,93
Liguria	21,90	22,60	23,32
Emilia R.	20,40	21,10	21,02
Toscana	20,80	18,20	21,32
Umbria	22,40	22,30	24,56
Marche	22,20	21,40	21,58
Lazio	20,00	19,00	18,33
Abruzzo	23,20	21,20	19,92
Molise	18,20	21,20	21,44
Campania	18,10	18,00	15,11
Puglia	18,10	19,10	16,28
Basilicata	24,30	20,90	18,40
Calabria	26,60	23,10	20,85
Sicilia	20,00	20,70	17,42
Sardegna	24,70	22,20	22,49
ITALIA	19,00	18,90	18,30

TASSO DI PREVALENZA DI MALATTIE ALLERGICHE
(PER 100 ABITANTI) - ANNO 2005



TASSO DI PREVALENZA DI ARTROSI ED ARTRITE
(PER 100 ABITANTI) - ANNO 2005



Fonte dei dati e note

ISTAT

INDICE DI INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO

SIGNIFICATO

Il processo di invecchiamento demografico, che sta interessando ormai quasi tutte le popolazioni odierne e che in Italia, in particolare in alcune regioni del centro-nord, è stato particolarmente marcato, può essere sostanzialmente ricondotto a tre ordini di fattori: il calo della fertilità, l'aumento della speranza di vita e l'invecchiamento della generazione del baby-boom. Il fenomeno ha rilevanti implicazioni su importanti settori quali la spesa sociale e la politica sociale, il mercato del lavoro e l'economia.

L'indice di invecchiamento demografico consente di misurare il peso della popolazione anziana, più esposta al rischio di malattie gravi e invalidanti e a quello di morte, sul complesso della popolazione; esso è dato dal rapporto percentuale tra la popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e la popolazione residente.

DESCRIZIONE RISULTATI

Rispetto al trend continuamente crescente negli anni, nel 2006 le persone di 65 anni e più rappresentano il 19,73% del totale della popolazione; a livello regionale, si osserva una quota di anziani superiore al valore medio nazionale nelle regioni settentrionali escluse le Province Autonome di Trento e Bolzano, la Lombardia ed il Veneto e in tre regioni centro-meridionali, il Lazio, l'Abruzzo e il Molise. Massimo e minimo valore dell'indicatore sono registrati in Liguria e in Campania (con una quota di anziani rispettivamente del 26,51% e del 15,31%).

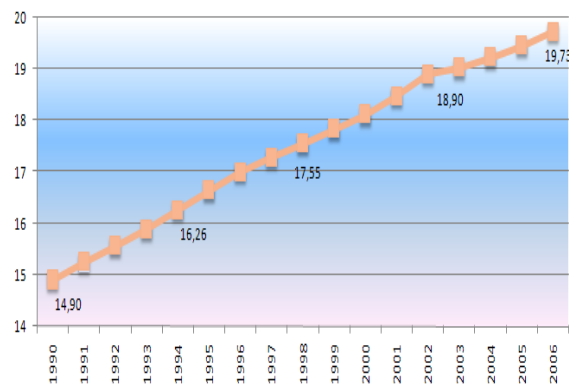
Dall'analisi del trend temporale dell'indice emerge che il peso della popolazione anziana sulla popolazione totale è aumentato, tra il 1990 e il 2006, di quasi 5 punti percentuali; questo aumento ha caratterizzato tutte le regioni, ma nel periodo 2001-2006 è stato superiore a quello medio italiano (+ 1,48 punti percentuali) soprattutto in Sardegna (+ 2,07) ed in Puglia (+ 1,84 punti in più); inferiore in Emilia Romagna (+ 0,58), P.A. di Trento (+ 0,71) e Bolzano (+ 0,73).

OSSERVAZIONI

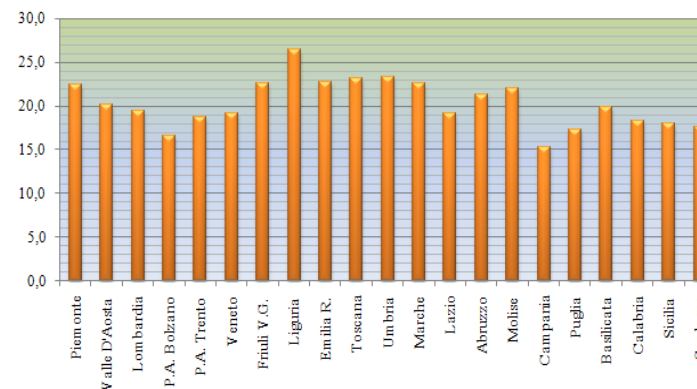
Secondo alcune stime, la percentuale degli ultrasessantacinquenni aumenterà dal 2002 al 2050 del 64%, mentre il gruppo degli ultraottantenni passerà da 14,8 a 37,9 milioni. L'invecchiamento della popolazione è tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie non trasmissibili (come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e le altre patologie neurodegenerative, i tumori, le malattie polmonari croniche ostruttive e i problemi muscoloscheletrici) e da un conseguente aumento della pressione sul sistema sanitario: il fenomeno richiede efficaci interventi sanitari e il tempestivo sviluppo di forme appropriate di assistenza sanitaria, come l'assistenza a domicilio o in idonee residenze.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Pop. ≥ 65 anni	Pop. res.
Piemonte	21,89	22,20	22,43	974.014	4.341.733
Valle D'Aosta	19,61	19,91	20,19	25.032	123.978
Lombardia	18,82	19,11	19,44	1.841.882	9.475.202
P.A. Bolzano	16,11	16,34	16,58	80.014	482.650
P.A. Trento	18,36	18,47	18,72	94.088	502.478
Veneto	18,69	18,91	19,18	908.936	4.738.313
Friuli V.G.	21,91	22,20	22,55	272.512	1.208.278
Liguria	26,33	26,53	26,51	426.866	1.610.134
Emilia R.	22,66	22,64	22,72	951.401	4.187.557
Toscana	22,95	23,04	23,22	840.439	3.619.872
Umbria	23,17	23,26	23,28	202.039	867.878
Marche	22,17	22,38	22,57	345.099	1.528.809
Lazio	18,59	18,77	19,12	1.014.196	5.304.778
Abruzzo	20,88	21,07	21,28	277.723	1.305.307
Molise	21,48	21,75	21,97	70.496	320.907
Campania	14,78	15,05	15,31	886.485	5.790.929
Puglia	16,62	16,93	17,27	703.049	4.071.518
Basilicata	19,29	19,62	19,85	117.946	594.086
Calabria	17,61	17,97	18,29	366.541	2.004.415
Sicilia	17,44	17,69	17,98	901.884	5.017.212
Sardegna	16,70	17,14	17,62	291.693	1.655.677
ITALIA	19,22	19,46	19,73	11.592.335	58.751.711

INDICE DI INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO
Trend 1990-2006 (valore nazionale)



INDICE DI INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO (% popolazione con età ≥ 65 anni)
ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute

TASSO DI FECONDITA' TOTALE*

SIGNIFICATO

L'Italia si presenta come uno dei paesi a più bassa fecondità a livello mondiale; questo fenomeno è fortemente associato al posticipo dell'esperienza riproduttiva, e, in particolare, al progressivo ritardo che si registra nell'età media alla nascita del primo figlio.

Il tasso di fecondità totale (TFT) rappresenta l'indicatore più appropriato per monitorare il fenomeno della denatalità ed è dato dal numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni); il valore di riferimento dell'indicatore è il livello di sostituzione, pari a 2,1, che rappresenta il numero medio di figli che ciascuna donna dovrebbe avere per sostituire, nella generazione successiva, se stessa ed il proprio partner.

Nel 1970 l'indice era pari a 2,23 e si è mantenuto sulla soglia di sostituzione necessaria per garantire il ricambio generazionale fino al 1974, con un valore pari a 2,09; in seguito i livelli di fecondità si sono sempre mantenuti al di sotto della soglia.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel 2005 in Italia il tasso di fecondità totale è pari a 1,31 figli per donna; valori superiori a quello medio nazionale si riscontrano nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, in Campania, in Puglia e in Sicilia; i valori estremi dell'indicatore si osservano in Sardegna e nella Provincia Autonoma di Bolzano (con un TFT rispettivamente pari a 1,05 e a 1,56).

Dall'analisi del trend temporale riferita agli anni 1980-2005 emerge che, dopo una continua e duratura tendenza alla riduzione che caratterizza il periodo 1980-1998, con un minimo storico registrato nel 1995 e nel 1998 (TFT=1,19), il tasso di fecondità totale presenta, nel periodo 1998-2005, un andamento tendenzialmente crescente.

A livello regionale si osservano dinamiche differenti: nell'ultimo triennio considerato i livelli della fecondità sono cresciuti, se pur debolmente, nelle Regioni del Nord e del Centro, ad eccezione della Valle d' Aosta, mentre hanno tendenzialmente proseguito a scendere nelle regioni del Sud, ad eccezione dell'Abruzzo.

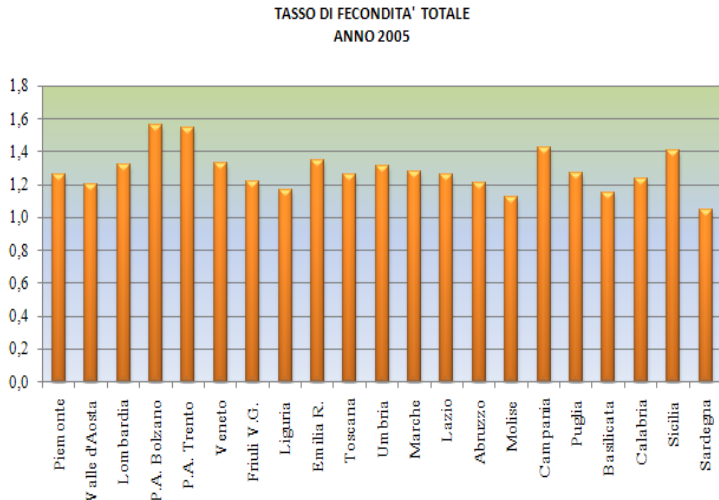
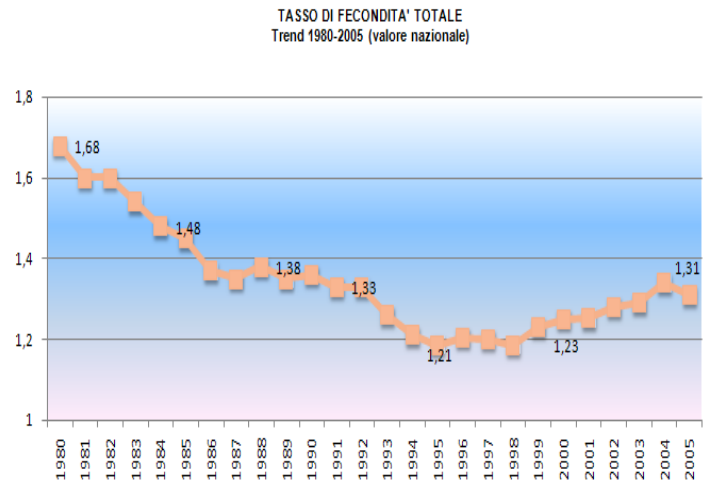
OSSERVAZIONI

Solitamente si indica con il valore TFT=2,1 un livello di nascite che permette alla popolazione di riprodursi mantenendo costante la propria struttura demografica, il che è vero solo se si presuppone che tutti gli altri parametri demografici rimangano costanti, in particolare quello della mortalità.

Pur indicando un dato astratto, tuttavia il tasso di fecondità totale è considerato l'indicatore sintetico più sensibile dell'attività riproduttiva ed è largamente impiegato nel confrontare i livelli di fecondità tra Paesi.

	ANNO 2003	ANNO 2004	ANNO 2005
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	1,23	1,28	1,26
Valle d'Aosta	1,29	1,34	1,20
Lombardia	1,28	1,36	1,32
P.A. Bolzano	1,53	1,56	1,56
P.A. Trento	1,41	1,55	1,55
Veneto	1,26	1,37	1,33
Friuli V.G.	1,18	1,22	1,22
Liguria	1,12	1,19	1,17
Emilia R.	1,26	1,33	1,34
Toscana	1,17	1,28	1,26
Umbria	1,23	1,31	1,31
Marche	1,23	1,27	1,28
Lazio	1,27	1,30	1,26
Abruzzo	1,19	1,20	1,21
Molise	1,15	1,14	1,12
Campania	1,48	1,48	1,43
Puglia	1,30	1,33	1,27
Basilicata	1,20	1,23	1,15
Calabria	1,26	1,26	1,23
Sicilia	1,42	1,43	1,41
Sardegna	1,06	1,03	1,05
ITALIA	1,29	1,34	1,31

* numero medio di figli per donna in età feconda (età 15-49 anni)



TASSO DI INCREMENTO DEMOGRAFICO

SIGNIFICATO

Il tasso di incremento demografico consente di verificare di quanto e a che velocità aumenta una popolazione nel corso del tempo; l'indicatore esprime il numero di individui che si aggiungono a 1000 abitanti nell'intervallo di un anno.

Le variazioni numeriche della popolazione in un dato intervallo di tempo (saldo totale) sono determinate da due componenti: la differenza tra nati e morti (saldo naturale) e la differenza tra iscritti e cancellati per trasferimento di residenza (saldo migratorio) registrate nel periodo considerato. Occorrerebbe analizzare il contributo di ciascuna componente, quella naturale e quella migratoria, sulla variazione complessiva della popolazione: infatti uno stesso tasso di crescita può essere ottenuto da combinazioni di mortalità, fecondità e migratorietà differenti tra loro, e può dunque avere conseguenze differenti in termini di invecchiamento della popolazione, di carico pensionistico o di bisogno di assistenza sanitaria.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel 2006 si è registrato in Italia un tasso di incremento demografico di 6,46 unità ogni 1000 abitanti; l'incremento è dovuto alla somma del saldo positivo del movimento naturale (2.118 unità) e del saldo positivo del movimento migratorio (222.410 unità). Massimo e minimo valore dell'indicatore si hanno nel Lazio ed in Basilicata (rispettivamente con un incremento di 16,56 ed un decremento di 4,63 unità ogni 1000 ab.). La crescita della popolazione è stato più intensa nel centro-nord: valori del tasso superiori a quello medio nazionale nel 2006 si riscontrano nell'ordine, nel Lazio (35,54 unità in più ogni 1000 ab.), nelle P. A. di Bolzano e di Trento, in Emilia Romagna, in Veneto ed in Lombardia. Nel Sud si evidenziano invece tassi negativi, a parte l'Abruzzo e la Sardegna, con un minimo in Basilicata (-4,63). Dall'analisi del trend temporale nel periodo 1992-2006 emerge che se dal 1992 al 2001 la popolazione italiana è rimasta sostanzialmente costante; nel 2002 la crescita annua è di 5,74 unità per 1000 abitanti ed è divenuta più intensa nel 2003 e nel 2004. Infine dopo la riduzione dell'incremento demografico nel 2005 (+4,95 unità), nel 2006 la crescita sembra in ripresa.

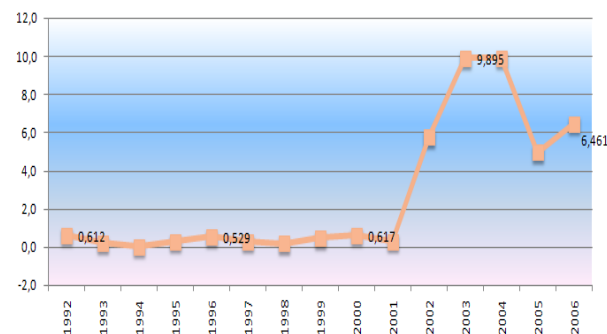
OSSERVAZIONI

Il saldo naturale italiano relativo al 2006 registra 2118 abitanti in più, quindi una crescita lieve rispetto al precedente anno; quello migratorio è risultato pari a 6,4 per 1000 abitanti; delle circa 377 mila unità che si sono aggiunte alla popolazione dall'inizio dell'anno, solo una parte, all'incirca i due terzi, è il risultato dei movimenti migratori con l'estero, mentre il rimanente un terzo è imputabile alle operazioni di correzione contabile condotte dalle anagrafi. Il cospicuo ammontare di iscritti dall'estero è in larga parte effetto del decreto legislativo n.189/02 con il quale sono stati rilasciati circa 650 mila nuovi permessi di soggiorno.

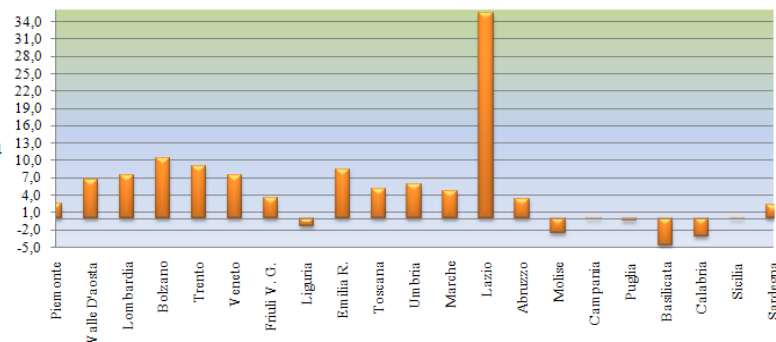
Il Piano Sanitario 2006-2008 dedica una particolare attenzione alla cura delle popolazioni immigrate: prevede molteplici interventi finalizzati ad assicurarne l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	14,04	2,67	2,56
Valle D'aosta	6,78	9,03	6,73
Lombardia	15,82	8,74	7,41
Bolzano	11,52	11,70	10,41
Trento	13,69	9,91	9,06
Veneto	12,29	8,16	7,44
Friuli V. G.	5,45	2,96	3,58
Liguria	9,40	11,19	-1,40
Emilia R.	17,37	8,72	8,53
Toscana	9,03	6,00	5,07
Umbria	12,87	10,41	5,86
Marche	9,27	6,60	4,77
Lazio	12,46	6,60	35,54
Abruzzo	10,40	4,64	3,44
Molise	0,80	-3,25	-2,60
Campania	4,97	0,34	-0,13
Puglia	6,73	0,82	-0,41
Basilicata	-0,76	-4,12	-4,63
Calabria	-1,03	-2,42	-3,17
Sicilia	1,96	0,82	-0,07
Sardegna	4,23	3,41	2,27
ITALIA	9,92	4,95	6,46

TASSO DI INCREMENTO DEMOGRAFICO
Trend 1992-2006 (valore nazionale)



TASSO DI INCREMENTO DEMOGRAFICO (per 1.000)
ANNO 2006



PERCENTUALE DI FAMIGLIE MONOCOMPONENTE ANZIANO* ≥ 65 ANNI

SIGNIFICATO

La presenza e la numerosità delle famiglie monocomponenti costituite da soggetti di età ≥ 65 anni contribuisce, quale indicatore di contesto, a una più corretta interpretazione dello stato di salute della popolazione anziana, correlandolo alle altre dimensioni che ne influenzano l'andamento, tra cui quelle demografica, sociale, culturale ed economica. L'indicatore dipende fortemente dai cambiamenti demografici che si stanno realizzando da alcuni decenni, che hanno determinato un progressivo invecchiamento della popolazione italiana, dalla aumentata 'speranza di vita' alla nascita e all'età di 65 anni, e dal miglioramento della 'speranza di vita libera da disabilità' per i soggetti di età ≥ 65 anni, che hanno portato alla presenza numerosa di anziani attivi e in buona salute che frequentemente vivono da soli.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel quadriennio 2003-2006 (i dati del 2004 non sono disponibili) la percentuale di famiglie monocomponente formate da anziani ultrasessantacinquenni è in lieve ma continua crescita con un valore dell'indicatore superiore al 13%.

Nel 2006 il valore massimo si rileva in Liguria (18,76%) ma valori percentuali superiori al 15% si riscontrano anche in Valle d'Aosta, Friuli V.G. e Molise; valori inferiori alla media nazionale si rilevano in 10 regioni: in particolare le famiglie monocomponenti costituite da anziani sono più rare nella P.A. di Bolzano (10,49) e in Campania (11,05).

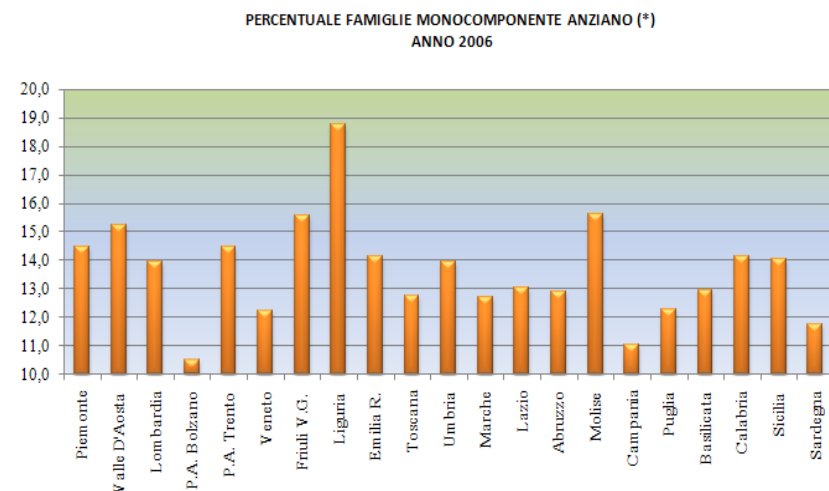
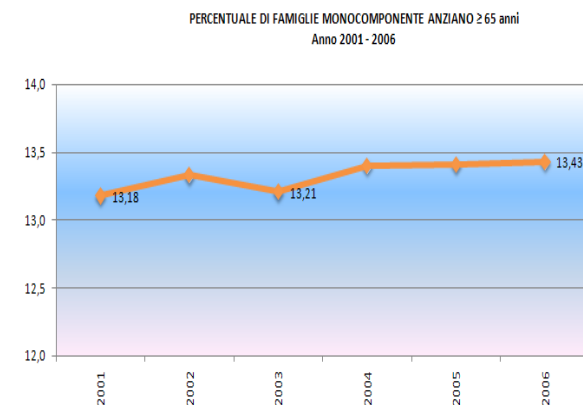
OSSERVAZIONI

Tra il 2001 e il 2006, al contrario di quanto è avvenuto per le famiglie più tradizionali, si è registrato un lieve ma costante incremento delle famiglie con una sola generazione, in particolare sono le persone sole ad aumentare di più, in maggioranza anziani con età maggiore o uguale a 65 anni.

Il sostegno sociosanitario rivolto agli anziani proviene da una rete più articolata che in passato, con una maggiore integrazione delle reti di offerta assistenziale e di competenze plurispecialistiche che si evidenzia nella condivisione del carico tra più attori (rete informale, operatori pubblici e privati). In considerazione dell'invecchiamento demografico della popolazione è sempre maggiore l'attenzione delle istituzioni alla tutela della salute dei soggetti anziani e alla garanzia dei principi di equità ed accessibilità alle prestazioni sanitarie, nonché alla domiciliarizzazione delle cure e allo sviluppo dell'assistenza sociosanitaria.

	ANNO 2003	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	13,78	13,90	14,47
Valle D'Aosta	15,34	16,00	15,26
Lombardia	13,45	14,40	13,96
P.A. Bolzano	10,63	10,30	10,49
P.A. Trento	13,39	15,30	14,48
Veneto	11,36	11,40	12,21
Friuli V.G.	12,49	13,80	15,59
Liguria	18,55	19,00	18,76
Emilia R.	13,57	14,50	14,15
Toscana	13,77	13,30	12,73
Umbria	10,54	11,50	13,97
Marche	13,11	13,30	12,69
Lazio	13,70	12,60	13,02
Abruzzo	13,81	13,70	12,90
Molise	17,54	17,10	15,64
Campania	12,32	11,40	11,05
Puglia	12,75	12,10	12,28
Basilicata	13,13	13,10	12,95
Calabria	12,55	12,90	14,12
Sicilia	12,96	13,90	14,03
Sardegna	11,22	11,30	11,75
ITALIA	13,21	13,40	13,43

(*) Famiglie costituite da un solo componente con età maggiore o uguale a 65 anni
I dati relativi all'anno 2004 non sono disponibili



TASSO DI ABORTIVITA' PER IVG

SIGNIFICATO

Con l'entrata in vigore della Legge 22/07/1978 n°194 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", è divenuto possibile in Italia avanzare richiesta di aborto volontario entro i primi 90 giorni di gestazione. La legge sancisce le modalità di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), che può essere esclusivamente effettuata per ragioni di salute (se la gravidanza o il parto comportino grave pericolo per la gestante o siano state accertate gravi anomalie del feto che danneggino la salute psico-fisica della donna), per ragioni economiche, sociali o familiari, che devono essere rigorosamente certificate. La legge prevede che le interruzioni di gravidanza siano effettuate esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche del Servizio sanitario nazionale o strutture private autorizzate dalle Regioni. La legge 194 demanda ai consultori, strutture territoriali deputate alla promozione della salute riproduttiva, l'attuazione di programmi di prevenzione basati sulla conoscenza dei metodi contraccettivi, affinché la procreazione sia una scelta consapevole e responsabile. Il tasso di abortività qui considerato esprime il numero di IVG ogni 1.000 nati vivi.

DESCRIZIONE RISULTATI

Il tasso di abortività per IVG presenta, come atteso, un incremento dell'incidenza del fenomeno negli anni immediatamente successivi all'introduzione della legge 194. Nel corso degli ultimi venti anni si assiste ad una costante riduzione dell'incidenza del fenomeno che nel 2006 ha registrato il valore minimo dell'indicatore (226,7 per 1.000 nati vivi). A livello regionale esiste una discreta variabilità tra le regioni del centro-nord con valori generalmente più elevati rispetto a quelle del sud; Puglia e Liguria presentano valori massimi intorno a 304 mentre P.A. di Bolzano (105,3), Sicilia (137) e Basilicata (142,5) quelli minimi. Per completezza va però evidenziato che a fronte di una generale riduzione dell'abortività per IVG, si assiste ad un costante aumento delle interruzioni di gravidanza fra le donne straniere: si stima che il tasso di abortività tra le straniere sia 3 volte superiore rispetto a quello delle donne italiane. Ciò è dovuto al fatto che l'immigrazione nel nostro Paese non è più un fenomeno transitorio, ma stabile e strutturale. I programmi di prevenzione devono dunque essere adattati all'attuale società italiana.

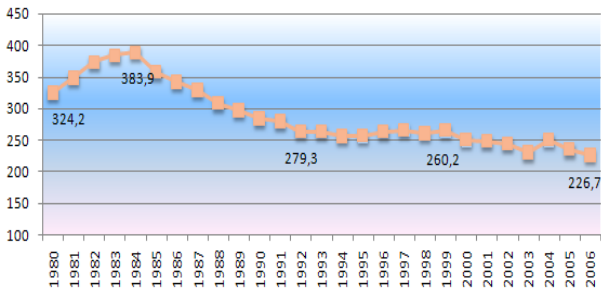
Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

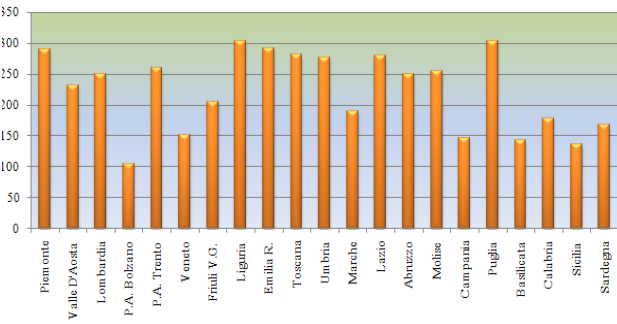
La legge 194 consente al personale sanitario ed ausiliario di esercitare il diritto di obiezione di coscienza. Nella Relazione del 19 ottobre 2005 che il Ministro della Salute ha presentato al Parlamento, sono riportate, distintamente per regione, le percentuali di obiezioni per categorie professionali (ginecologi, anestesisti e personale non medico). Tra i ginecologi le percentuali degli obiettori sono molto elevate: nel 2003 le regioni con percentuali più alte sono in Basilicata (83,3%), Veneto (80,5%) e P.A. di Bolzano (74,1%). In queste stesse regioni il tasso di abortività è tra più bassi.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	N. IVG	Nati vivi
Piemonte	316,9	298,8	290,8	11.030	37.925
Valle D'Aosta	259,1	223,9	232,4	274	1.179
Lombardia	274,4	254,9	251,1	22.245	88.592
P.A. Bolzano	114,8	114,0	105,3	529	5.026
P.A. Trento	244,9	241,5	260,9	1.358	5.205
Veneto	160,9	155,4	151,5	7.089	46.807
Friuli V.G.	254,6	233,8	204,9	1.964	9.583
Liguria	337,4	310,6	304,1	3.693	12.143
Emilia R.	311,0	292,6	292,4	11.455	39.175
Toscana	288,2	285,2	282,7	8.877	31.398
Umbria	323,3	285,2	277,7	2.177	7.840
Marche	198,7	194,7	190,1	2.580	13.572
Lazio	325,3	290,4	279,9	15.249	54.488
Abruzzo	277,9	252,2	249,7	2.708	10.844
Molise	259,2	224,6	255,9	619	2.419
Campania	193,3	171,7	147,2	9.432	64.096
Puglia	323,4	317,9	304,3	11.329	37.229
Basilicata	118,5	121,4	142,5	701	4.921
Calabria	184,6	178,0	178,9	3.302	18.458
Sicilia	161,1	153,8	137,0	6.893	50.302
Sardegna	183,7	175,9	168,2	2.278	13.542
ITALIA	250,1	235,2	226,7	125.782	554.744

Tasso di abortività per IVG (per 1.000 nati vivi)



TASSO DI ABORTIVITA' PER IVG (PER 1.000 NATI VIVI) - ANNO 2006



ISTAT

TASSO DI DISOCCUPAZIONE

SIGNIFICATO

Il Tasso di disoccupazione è il rapporto percentuale tra le persone in cerca di occupazione e il totale delle forze lavoro. Le forze lavoro comprendono le persone occupate e quelle disoccupate. Le persone in cerca di occupazione comprendono le persone non occupate tra 15 e 74 anni che: hanno effettuato almeno un'azione attiva di ricerca di lavoro nei trenta giorni che precedono l'intervista e sono disponibili a lavorare (o ad avviare un'attività autonoma) entro le due settimane successive all'intervista; oppure, inizieranno un lavoro entro tre mesi dalla data dell'intervista e sono disponibili a lavorare (o ad avviare un'attività autonoma) entro le due settimane successive all'intervista, qualora fosse possibile anticipare l'inizio del lavoro. Le forze di lavoro comprendono le persone occupate e quelle disoccupate. L'impatto della disoccupazione e dell'insicurezza del lavoro sulla salute psichica e fisica sono ampiamente documentati da una lunga tradizione di ricerca che testimonia un'interazione complessa i cui effetti si differenziano secondo la fase e la durata del periodo di disoccupazione o di "non-lavoro", il tipo di disoccupato o di lavoratore precario, il contesto socioculturale, la tipologia del welfare e del supporto sociale. Esso non è limitato al periodo dell'evento, ma condiziona la traiettoria di vita delle persone che lo subiscono, provocando un accumulo degli svantaggi, e si estende alla collettività più ampia (le famiglie...). Le principali cause del peggioramento della salute sono state individuate nell'incremento della povertà, dello stress e nelle modifiche dei comportamenti.

DESCRIZIONE RISULTATI

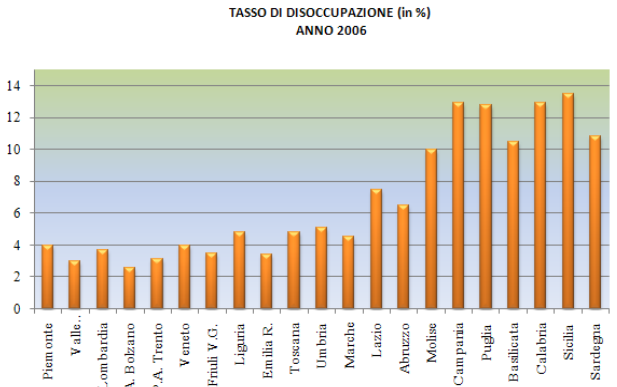
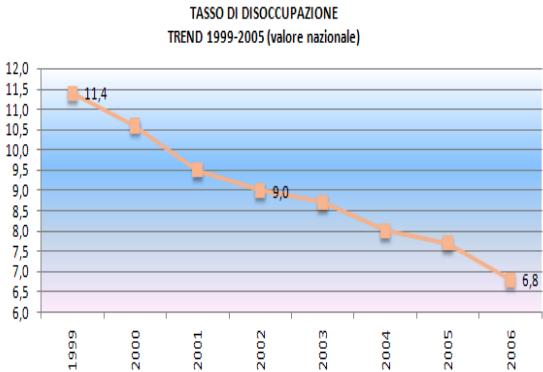
Il tasso di disoccupazione risulta in costante diminuzione a livello nazionale nel corso del periodo 1999-2006: dal 1999 al 2000 è diminuito dello 0,8%, nel biennio 2000-2001 la diminuzione è stata più accentuata e pari all' 1,1%, nell' ultimo triennio si è invece passati dall' 8% del 2004 al 6,8% del 2006. A livello regionale è da segnalare un lieve aumento del tasso nel biennio 2004-2005 per Valle d' Aosta, Lombardia, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli V.G., Emilia R., Toscana, Umbria e Calabria mentre per le restanti regioni si riscontra un andamento analogo a quello nazionale. Nel 2006 il tasso di disoccupazione più elevato si registra in Sicilia con un valore pari al 13,5% mentre il valore più basso, pari al 2,6%, è quello della P.A. di Bolzano. Rispetto all' anno precedente il calo della disoccupazione è generalizzato in tutte le regioni italiane.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

Nella lettura dei risultati tenere in giusta considerazione che gli occupati comprendono le persone di 15 anni e più che nella settimana di riferimento, ovvero quella in cui è stato testato il campione, hanno svolto almeno un' ora di lavoro in una qualsiasi attività che preveda un corrispettivo monetario o in natura; oppure hanno svolto almeno un' ora di lavoro non retribuito nella ditta di un familiare nella quale collaborano abitualmente. Quindi, secondo questa definizione anche i precari rientrano tra gli occupati; se si svolge un lavoro tre ore per due giorni la settimana e il mese successivo si è di nuovo senza lavoro si ricade comunque nella categoria "occupati" dell' Istat.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	5,3	4,7	4,0
Valle d'Aosta	3,0	3,2	3,0
Lombardia	4,0	4,1	3,7
P.A. Bolzano	2,7	2,8	2,6
P.A. Trento	3,2	3,6	3,1
Veneto	4,2	4,2	4,0
Friuli V.G.	3,9	4,1	3,5
Liguria	5,8	5,8	4,8
Emilia R.	3,7	3,8	3,4
Toscana	5,2	5,3	4,8
Umbria	5,7	6,1	5,1
Marche	5,3	4,7	4,5
Lazio	7,9	7,7	7,5
Abruzzo	7,9	7,9	6,5
Molise	11,3	10,1	10,0
Campania	15,6	14,9	12,9
Puglia	15,5	14,6	12,8
Basilicata	12,8	12,3	10,5
Calabria	14,3	14,4	12,9
Sicilia	17,2	16,2	13,5
Sardegna	13,9	12,9	10,8
ITALIA	8,0	7,7	6,8



ISTAT

TASSO DI ATTIVITA' FEMMINILE

SIGNIFICATO

Il tasso di attività femminile è il rapporto percentuale tra il numero di forze lavoro di sesso femminile e la popolazione femminile residente (calcolato tra residenti di età ≥ 15 anni).

Esprime in maniera indiretta lo stato socio-economico della comunità. L' aumento negli anni della presenza delle donne in ambito lavorativo è una diretta conseguenza, tra le altre cose, di un crescente livello di formazione e dello sviluppo del cosiddetto Welfare State con particolari misure di sostegno occupazionale anche per le madri. Non si trascuri che l' indicatore risente anche della terziarizzazione del lavoro negli ultimi anni; pertanto la nascita dei cosiddetti contratti "atipici" fanno sì che nel complesso il tasso di attività, femminile nello specifico, sia incrementato a tal motivo.

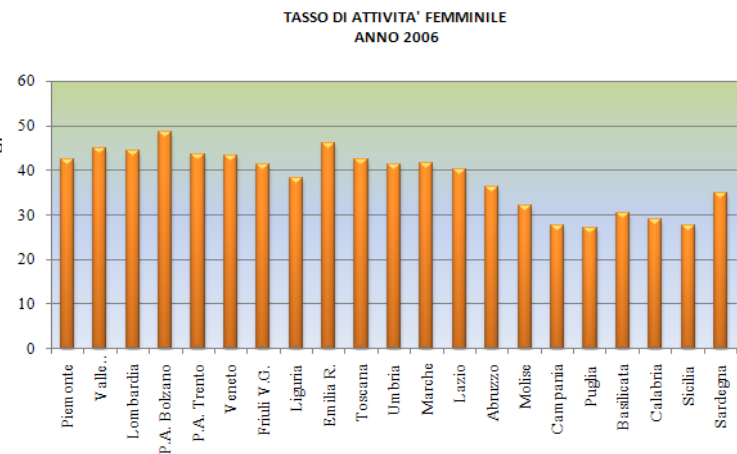
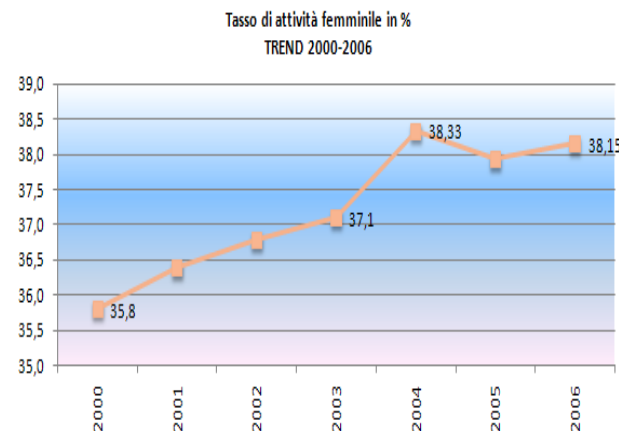
DESCRIZIONE RISULTATI

Il tasso di attività femminile risulta a livello nazionale in aumento dello 0,22% nel biennio 2005-2006 dopo il calo dello 0,4% registrato nel precedente biennio 2004-2005 in cui si è riscontrata l'unica flessione in termini percentuali dal 2000 al 2006. Il tasso di attività più elevato è quello della provincia autonoma di Bolzano (48,7 %), dell'Emilia Romagna (46,2%) e della Valle d' Aosta (45%). Il divario tra i due sessi cresce invece nel Mezzogiorno fino a toccare differenze di 46 punti percentuali in Puglia (Tasso di attività maschile:73% - Tasso di attività femminile:27%) e 44,8 punti in Campania (Tasso di attività maschile:72,4% - Tasso di attività femminile:27,6%) . Inoltre è da registrare la netta flessione del tasso nel biennio 2005-2006 per le P.A. di Trento, il Friuli V.G., il Molise, la Campania e la Basilicata ed un aumento dell'imprenditorialità femminile in Lombardia, P.A di Bolzano, Marche e Abruzzo. In sintesi le regioni del centro e del nord registrano generalmente un andamento del tasso superiore a quello nazionale al contrario delle regioni centro-meridionali.

OSSERVAZIONI

Il tasso di attività femminile, che nel 2006 si attesta al 38,2%, rispecchia un contesto nazionale caratterizzato da forti squilibri territoriali: nel Mezzogiorno la partecipazione al lavoro delle donne, per effetto di condizionamenti culturali, ma anche di un'effettiva carenza di opportunità di lavoro, è minore al 30% in alcune regioni, con un minimo del 27% in Puglia mentre, il Nord, con la P.A. Bolzano, registra una punta massima del 48,7%.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	41,9	42,2	42,5
Valle d'Aosta	45,8	45,1	45,0
Lombardia	37,3	37,8	44,6
P.A. Bolzano	43,9	46,0	48,7
P.A. Trento	43,7	48,4	43,6
Veneto	44,7	43,7	43,3
Friuli V.G.	42,7	42,8	41,4
Liguria	40,3	40,9	38,2
Emilia R.	45,7	45,5	46,2
Toscana	42,7	41,4	42,4
Umbria	41,0	41,7	41,5
Marche	40,5	39,9	41,7
Lazio	40,6	40,8	40,4
Abruzzo	30,0	28,1	36,4
Molise	36,7	37,8	32,3
Campania	33,2	30,7	27,6
Puglia	29,1	26,6	27,0
Basilicata	32,0	32,0	30,3
Calabria	30,2	29,2	29,1
Sicilia	27,6	27,9	27,8
Sardegna	36,5	35,5	34,9
ITALIA	38,3	37,9	38,2



PRODOTTO INTERNO LORDO PRO-CAPITE

SIGNIFICATO

E' espresso dal rapporto tra prodotto interno lordo e popolazione residente. La popolazione considerata è quella media dell'anno mentre, al numeratore il PIL designa il valore complessivo dei beni e servizi che vengono prodotti in un paese in un anno. I diversi settori dell'economia (agricoltura, industria e servizi), contribuiscono alla determinazione del PIL in misura differente: nella maggior parte dei paesi industrializzati, al PIL contribuiscono per il 60-70% i servizi, per il 25-40% il settore industriale e per meno del 5% quello agricolo. Il PIL pro capite viene oggi considerato l'indicatore più adeguato a valutare l'attività economica di un paese. Se la crescita del PIL avviene a un tasso superiore a quello della popolazione, il tenore di vita del paese registra un miglioramento, e viceversa. La relazione tra il PIL e lo stato di salute della popolazione è diretta: se mettiamo a confronto lo stato di salute (indicatori di mortalità o di speranza di vita) dei paesi molto ricchi e dei paesi molto poveri le differenze sono abissali; ciò vale sia nel confronto tra nazioni con differenti livelli di PIL, sia in quello tra diverse classi sociali all'interno di una nazione. In entrambe i contesti le condizioni di deprivazione materiale conseguenti alla scarsità di reddito, agiscono drammaticamente sul livello di sopravvivenza degli individui e delle popolazioni. Un'altra correlazione diretta importante è quella che lega il PIL alla spesa sanitaria nazionale di cui ne rappresenta una componente rilevante.

DESCRIZIONE RISULTATI

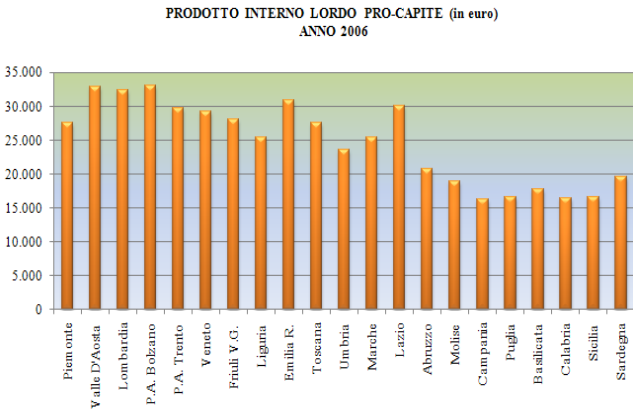
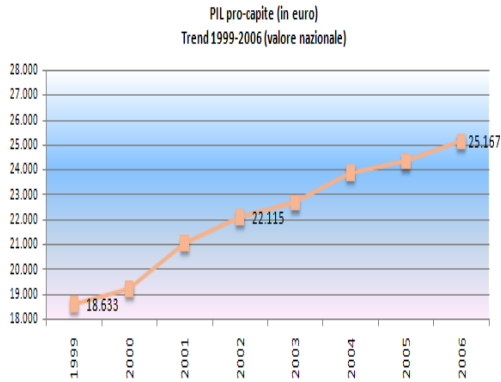
Il Prodotto Interno Lordo pro-capite risulta in lieve ma costante crescita nel corso degli 8 anni presi in considerazione: in particolare dopo che dal 2003 al 2004 è cresciuto di circa € 1.203 e dal 2004 al 2005 di soli € 452, nel biennio 2005-2006 c'è stata una ripresa della crescita del PIL quantificabile in € 817. La crescita dell'indicatore nel periodo 2004-2006 considerato è ugualmente registrabile per ogni singola regione considerata. I valori più alti, per quanto concerne l'anno 2006, sono osservabili nella P.A. di Bolzano con € 33.103, in Valle D'Aosta con €32.885 ed in Lombardia con €32.388 mentre, i valori più bassi si possono osservare in Campania con €16.311, in Calabria con €16.481, in Puglia con €16.612 ed in Sicilia con € 16.684.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

E' importante tenere in considerazione che nonostante gli sforzi metodologici risulta praticamente impossibile quantificare il PIL in misura esatta: esiste, infatti, in tutti i paesi, un'economia sommersa.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	P I L (milioni di euro)	Popolazione media residente
Piemonte	26.352	26.792	27.618	119.912	4.341.733
Valle D'Aosta	31.413	31.688	32.885	4.077	123.978
Lombardia	31.059	31.487	32.388	306.886	9.475.202
P.A. Bolzano	31.470	31.696	33.103	15.977	482.650
P.A. Trento	28.428	28.902	29.834	14.991	502.478
Veneto	27.992	28.413	29.207	138.391	4.738.313
Friuli V.G.	26.148	26.965	28.108	33.962	1.208.278
Liguria	24.393	24.777	25.465	41.002	1.610.134
Emilia R.	29.314	29.774	30.844	129.160	4.187.557
Toscana	26.205	26.614	27.539	99.687	3.619.872
Umbria	22.584	22.749	23.644	20.520	867.878
Marche	23.918	24.404	25.418	38.860	1.528.809
Lazio	28.769	29.239	30.147	159.921	5.304.778
Abruzzo	19.304	20.053	20.826	27.184	1.305.307
Molise	17.285	17.786	18.949	6.081	320.907
Campania	15.532	15.846	16.311	94.454	5.790.929
Puglia	15.712	15.938	16.612	67.638	4.071.518
Basilicata	16.683	16.894	17.814	10.583	594.086
Calabria	15.481	15.775	16.481	33.034	2.004.415
Sicilia	15.466	16.108	16.684	83.706	5.017.212
Sardegna	18.672	19.028	19.682	32.587	1.655.677
ITALIA	23.898	24.350	25.167	1.478.613	58.751.711



ISTAT

INCIDENZA PERCENTUALE DELLA SPESA DOVUTA A SERVIZI SANITARI E ALLA SALUTE

SIGNIFICATO

L'incidenza della spesa dovuta ai servizi sanitari e alla salute è rappresentata dal rapporto percentuale tra la spesa mensile familiare per i servizi sanitari e spese per la salute e, la spesa media mensile familiare totale. Al numeratore la spesa per i servizi sanitari e per la salute è calcolata al netto dei contributi del Servizio sanitario nazionale. Al denominatore la spesa media mensile familiare è rilevata al momento dell'acquisto del bene o servizio da parte di famiglie residenti a prescindere dal momento dell'effettivo consumo o utilizzo e, dalle modalità di pagamento. L'indicatore ha lo scopo di rilevare il peso che la spesa sanitaria ricopre all'interno della spesa complessiva familiare.

DESCRIZIONE RISULTATI

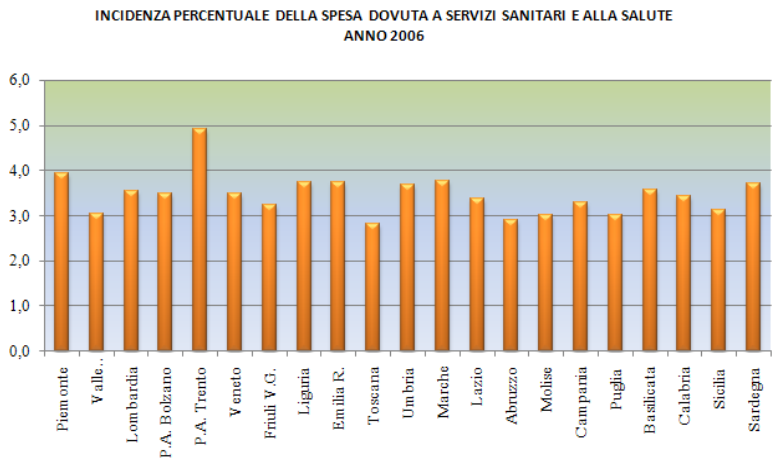
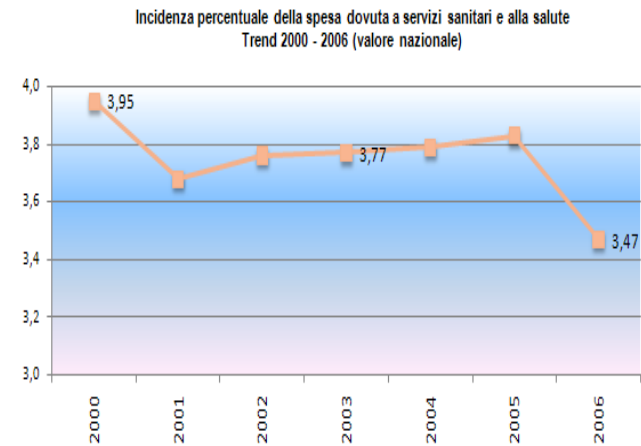
L'incidenza della spesa dovuta ai servizi sanitari e alla salute risulta tendenzialmente stabile a livello nazionale nel corso del periodo 2002-2005 con un decremento nel biennio 2005-2006. Le spese per la salute (cura dei denti; acquisti di medicinali; visite mediche generiche e specialistiche; analisi cliniche; esami diagnostici quali radiografie, ecografie, elettrocardiogrammi ecc.) rappresentano un'uscita discreta nel budget delle famiglie infatti, nel 2006, incidono all'interno della spesa familiare totale per circa il 3,47%. L'andamento registrato a livello regionale non produce delle notevoli differenze degne di nota. Le famiglie delle regioni settentrionali, ad eccezione della Toscana (2,82%), spendono in media di più mentre i valori più bassi, inferiori al 3%, si hanno nella suddetta Toscana e in Abruzzo (2,91%).

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

Nella lettura dell'indicatore tenere in adeguata considerazione che ogni altra spesa effettuata dalla famiglia per scopo diverso dal consumo è esclusa dalla rilevazione (ad esempio, l'acquisto di una casa e di terreni, il pagamento delle imposte, le spese connesse con attività professionale eccetera). In particolare, oltre alle notizie che riguardano gli individui che compongono la famiglia, le caratteristiche dell'abitazione, il reddito e il risparmio, sono rilevate le spese per generi alimentari, abitazione, arredamento, abbigliamento e calzature, sanità, trasporti e comunicazioni, tempo libero spettacoli ed istruzione, altri beni e servizi.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Spesa media mensile familiare salute	Spesa media mensile familiare
Piemonte	4,26	4,12	3,94	102,94	2.610,83
Valle D'Aosta	3,95	3,50	3,03	84,84	2.796,74
Lombardia	4,04	4,49	3,55	102,48	2.886,37
P.A. Bolzano	4,71	4,25	3,49	101,32	2.905,74
P.A. Trento	4,91	5,52	4,92	129,24	2.629,20
Veneto	4,07	4,51	3,51	104,77	2.988,67
Friuli V.G.	3,69	3,97	3,23	77,80	2.406,45
Liguria	4,04	4,01	3,74	84,59	2.262,59
Emilia R.	4,09	4,12	3,76	108,15	2.879,75
Toscana	3,50	3,23	2,82	69,16	2.451,16
Umbria	3,38	3,13	3,70	92,37	2.499,29
Marche	3,87	3,57	3,76	91,47	2.433,09
Lazio	2,98	2,72	3,39	86,15	2.541,49
Abruzzo	4,19	3,39	2,91	61,67	2.120,56
Molise	3,22	4,15	3,02	65,43	2.166,85
Campania	3,05	2,72	3,30	65,35	1.979,84
Puglia	3,69	3,58	3,03	63,88	2.110,65
Basilicata	5,25	3,89	3,57	68,50	1.919,08
Calabria	3,62	4,14	3,42	62,08	1.813,58
Sicilia	3,28	3,40	3,13	53,91	1.724,81
Sardegna	3,84	3,90	3,73	81,50	2.185,17
ITALIA	3,79	3,83	3,47	85,44	2.460,80



ISTAT

PERCENTUALE FUMATORI DI ETA' SUPERIORE A 14 ANNI

SIGNIFICATO

Da anni l'Istituto Nazionale di Statistica conduce un'indagine, su base campionaria, circa le condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari delle famiglie italiane. Tra le informazioni ritenute di particolare rilevanza sociale ci sono quelle relative a comportamenti ed aspetti della vita quotidiana delle famiglie e fattori di rischio, come il consumo di tabacco. Dai dati che emergono dall'indagine, è possibile stimare la percentuale della popolazione utra14-enne, che abitualmente fuma tabacco. L'informazione sulla popolazione dedita abitualmente al consumo di tabacco è ritenuta assai interessante per i suoi risvolti socio-sanitari, sia tra i cosiddetti soggetti attivi (fumatori) che tra i soggetti passivi (non fumatori). Di qui la necessità di promuovere campagne di prevenzione, volte ad informare sui danni arrecati dal fumo. L'efficacia dell'attività di prevenzione sarà maggiore se rivolta soprattutto ai giovani in età scolare e alle donne in età fertile.

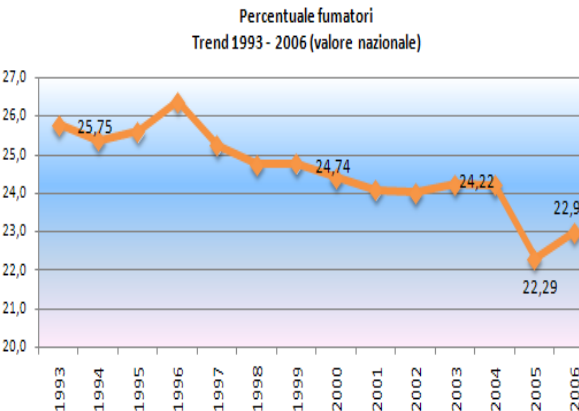
DESCRIZIONE RISULTATI

I valori nazionali nel periodo 1993 - 2006 mostrano una graduale diminuzione della percentuale di fumatori nonostante nel 2006 si sia giunti al 23% circa dopo il valore minimo raggiunto nel 2005 (22,29). Come accennato l'abitudine al fumo varia notevolmente, se il fenomeno è analizzato distintamente per sesso: all'inizio del periodo considerato la percentuale di abituali fumatrici era assai meno della metà della corrispondente percentuale di fumatori maschi. Ma questa forbice va progressivamente riducendosi: ad una continua riduzione dei fumatori maschi si accosta una percentuale costante di fumatrici, con qualche accenno ad un loro incremento. Nel Paese le percentuali mostrano una minore presenza di fumatori in Calabria, Molise, Liguria, P.A. di Trento e Valle d' Aosta con meno di 20 abituali consumatori di tabacco su 100 residenti. All'opposto, la regione che detiene il primato di fumatori è la Campania con una percentuale di 27,33 per 100 residenti seguita dal Lazio con 26,16.

Fonte dei dati e note

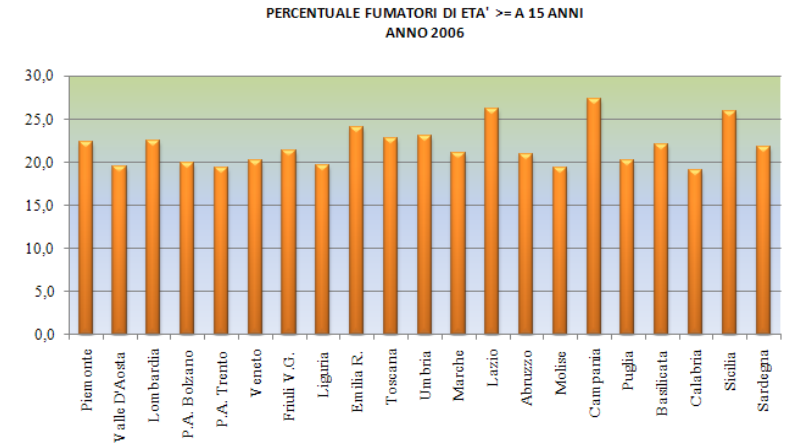
OSSERVAZIONI

Il Ministero della Salute ha fortemente sostenuto l'applicazione della legge sulla tutela dei non fumatori dal fumo passivo, estendendo il divieto di fumare in tutti i locali chiusi (Articolo 51 della Legge 16/1/2003 n°3). La legge è entrata pienamente in vigore all'inizio del 2005 e precedentemente, in ambito europeo, solo l'Irlanda e Malta avevano prodotto normative in tal senso.



ISTAT

	ANNO 2003	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	24,27	21,08	22,40
Valle D'Aosta	21,27	20,01	19,56
Lombardia	25,27	23,66	22,52
P.A. Bolzano	25,93	21,29	20,01
P.A. Trento	22,31	17,49	19,43
Veneto	22,03	19,79	20,20
Friuli V.G.	21,77	17,33	21,38
Liguria	22,87	20,83	19,70
Emilia R.	25,93	22,55	24,02
Toscana	23,49	22,16	22,78
Umbria	22,12	24,76	23,13
Marche	23,32	20,49	21,06
Lazio	27,57	25,17	26,16
Abruzzo	23,13	23,73	20,87
Molise	21,15	20,39	19,30
Campania	26,61	25,51	27,33
Puglia	21,25	19,36	20,25
Basilicata	22,21	19,90	22,12
Calabria	19,55	19,31	19,04
Sicilia	23,41	22,28	25,88
Sardegna	25,41	22,50	21,74
ITALIA	24,22	22,29	22,98



TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER CAUSE IN PARTE ATTRIBUIBILI AL FUMO* E AL CONSUMO DI ALCOOL**

SIGNIFICATO

L'abitudine al fumo di tabacco e l'abuso di alcool rappresentano importanti temi di sanità pubblica nei Paesi sviluppati, per le patologie che essi generano, e per la conseguente mortalità evitabile. E' stato inoltre ampiamente dimostrato quanto nocivo sia per la salute il cosiddetto fumo passivo, tanto da spingere il legislatore a promuovere norme sempre più severe per disincentivare l'abitudine al fumo in ambienti pubblici, prevedendo severe sanzioni per i trasgressori. Le patologie qui ritenute correlate al fumo sono quelle di seguito indicate: tumori maligni (labbra, cavità orale e faringe, esofago, laringe, trachea, bronchi e polmoni); malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari; malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema ed altre ostruzioni croniche delle vie respiratorie). Per quanto riguarda il consumo di alcol, è stato ampiamente appurato da numerosi studi, che costituisce, assieme all'abuso di sostanze stupefacenti, il maggior fattore di rischio per gli incidenti stradali nei Paesi dell'Unione europea. Le patologie correlate che sono state qui considerate per la valorizzazione dell'indicatore, sono di seguito riportate

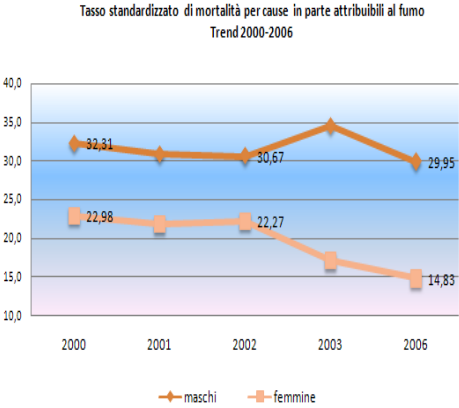
DESCRIZIONE RISULTATI

I valori nazionali rilevati nel periodo 1999 - 2006 mostrano una costante riduzione della mortalità, per entrambi i sessi, riguardo le cause correlate al fumo mentre per le cause correlate all'abuso di alcol la riduzione del tasso è assai più lieve nel triennio 2000-2002. A livello regionale i tassi sono stati calcolati distintamente per sesso, evidenziando in tal modo la netta prevalenza della mortalità maschile, sia per le cause correlate all'abitudine al fumo quanto per quelle correlate all'abuso di alcol. Differenze inoltre si rilevano anche nei raffronti regionali: nel 2006 il tasso di mortalità maschile presenta il valore minimo, intorno a 26 per 10.000 abitanti, in Abruzzo ed i valori massimi in Campania e Lazio, rispettivamente 35,48 e 31,24 per 10.000 abitanti. Il confronto regionale evidenzia notevoli differenze anche per la mortalità femminile: il tasso minimo, si rileva in Sardegna (12,04), mentre il massimo è oltre 19 per 10.000 abitanti in Campania. La mortalità correlata all'abuso di alcol, rileva consistenti differenze territoriali evidenziabili con la distribuzione dei tassi standardizzati: il tasso di mortalità maschile più che raddoppia passando dai valori minimi, inferiori al 7%, delle regioni Marche, Toscana e Liguria al massimo rilevato in Valle d'Aosta, dove sfiora il 15%. Analogamente per quanto attiene alla mortalità femminile si rileva il valore più basso della distribuzione in Trentino A.A. (2,8%), mentre i valori più elevati superano il 5% in Valle d'Aosta e Campania.

Fonte dei dati e note

maligni (esofago, laringe); sindrome da dipendenza da alcol; malattia epatica cronica e cirrosi; traumatismi ed avvelenamenti. Per un corretto raffronto della mortalità rilevata per le suddette cause nelle diverse regioni, sono stati calcolati i tassi standardizzati per depurare l'indicatore delle differenti strutture per sesso ed età della popolazione.

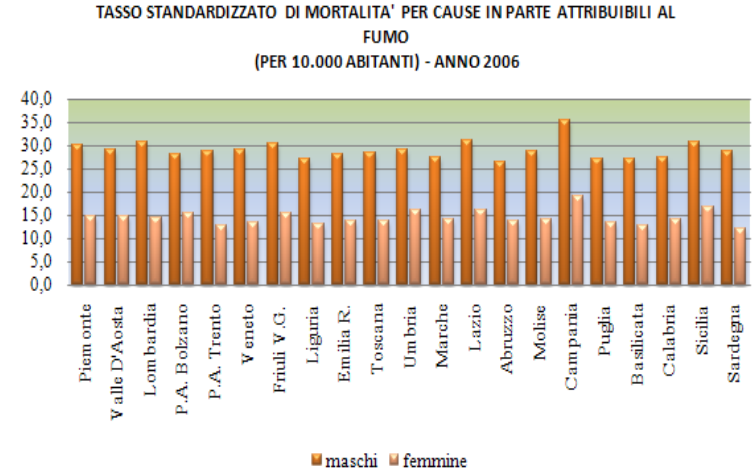
(*) Codici ICD9: 140-149; 150; 161; 162; 410-414; 430-438.



Fumo

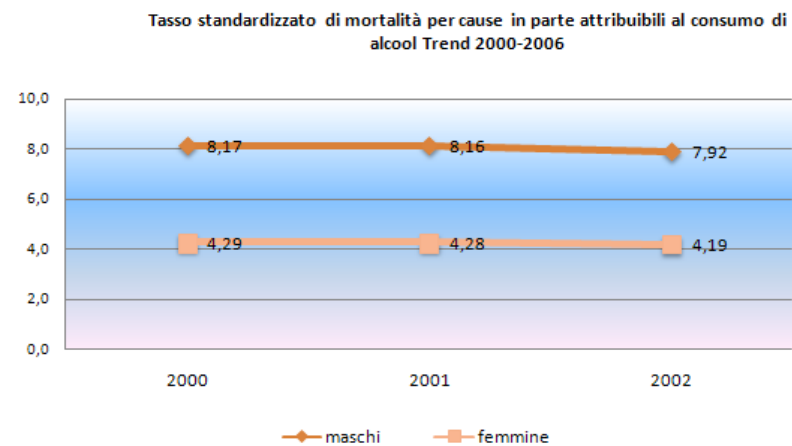
	ANNO 2003		ANNO 2006	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	34,35	16,35	30,10	14,83
Valle D'Aosta	37,53	16,23	29,16	14,85
Lombardia	36,59	16,58	30,70	14,32
P.A. Bolzano	32,15	16,28	28,29	15,38
P.A. Trento	34,79	16,14	28,79	12,92
Veneto	34,00	15,00	29,04	13,34
Friuli V.G.	35,45	17,09	30,33	15,59
Liguria	31,58	15,22	27,22	13,10
Emilia R.	32,83	15,17	28,30	13,72
Toscana	32,38	16,81	28,50	13,92
Umbria	34,54	17,78	29,08	16,08
Marche	32,26	16,71	27,60	14,23
Lazio	36,53	19,12	31,24	16,07
Abruzzo	31,18	15,74	26,52	13,74
Molise	30,06	16,78	28,66	14,14
Campania	40,97	22,22	35,48	19,17
Puglia	30,86	15,34	27,14	13,37
Basilicata	31,01	15,10	27,23	12,76
Calabria	29,96	17,45	27,37	14,24
Sicilia	34,61	20,09	30,70	16,88
Sardegna	31,06	15,15	28,74	12,04
ITALIA	34,61	17,16	29,95	14,83

Standardizzazione effettuata utilizzando la popolazione italiana al censimento 1991



ISS

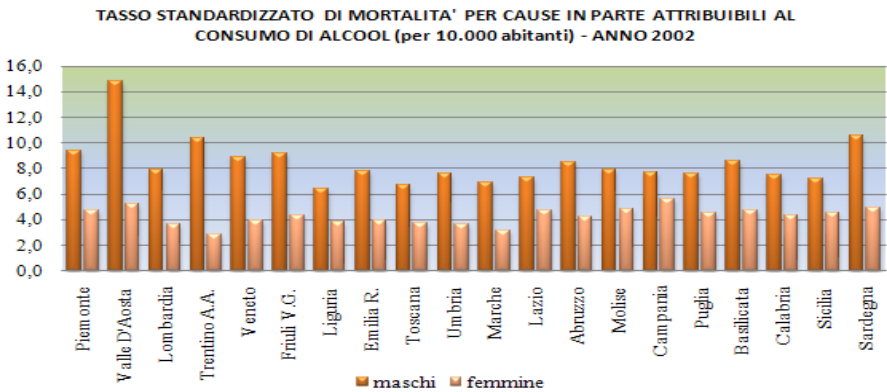
TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER CAUSE IN PARTE ATTRIBUIBILI AL FUMO* E AL CONSUMO DI ALCOOL**



(**) Codici ICD9: 150; 161; 303; 571; 800-999

	ANNO 2000		ANNO 2001		ANNO 2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	8,88	4,43	9,13	4,62	9,37	4,68
Valle D'Aosta	15,90	6,08	12,67	5,25	14,83	5,26
Lombardia	8,13	3,72	8,27	4,02	7,91	3,68
Trentino A.A.	10,49	3,15	11,14	2,55	10,42	2,85
Veneto	9,17	4,17	9,26	4,24	8,85	3,90
Friuli V.G.	10,44	4,76	10,31	4,65	9,22	4,35
Liguria	6,91	4,16	7,30	3,78	6,46	3,86
Emilia R.	8,20	3,86	7,84	3,92	7,80	3,91
Toscana	7,09	3,82	7,36	3,58	6,73	3,71
Umbria	7,16	3,44	7,57	3,41	7,56	3,65
Marche	7,68	3,79	7,24	3,72	6,90	3,10
Lazio	7,88	4,99	7,94	4,76	7,29	4,76
Abruzzo	8,36	4,53	8,29	3,84	8,53	4,20
Molise	9,73	4,15	9,39	3,81	7,93	4,84
Campania	8,16	5,78	7,76	5,61	7,71	5,65
Puglia	8,03	4,72	7,61	4,80	7,62	4,51
Basilicata	8,43	5,31	9,00	4,44	8,62	4,77
Calabria	8,22	4,10	7,87	4,30	7,51	4,32
Sicilia	7,20	4,65	7,17	4,61	7,23	4,51
Sardegna	10,17	5,13	10,54	5,25	10,58	4,95
ITALIA	8,17	4,29	8,16	4,28	7,92	4,19

Standardizzazione effettuata utilizzando la popolazione italiana al censimento 1991



Fonte dei dati e note

ISS

PERCENTUALE POPOLAZIONE OBESA

SIGNIFICATO

Il rapporto tra il peso di un individuo, espresso in Kg, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri, rappresenta l'indice di massa corporea (IMC). Si è in sovrappeso, quando l'IMC assume valori maggiori o uguali a 25 e obesi quando il suddetto indice assume valori maggiori o uguali a 30. Dall'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica, condotta su base campionaria, circa le condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari delle famiglie italiane, si raccolgono ogni 5 anni i dati relativi al peso e alla statura degli intervistati. L'Istat calcola quindi l'indice di massa corporea degli intervistati ed estende alla popolazione le caratteristiche rilevate, circa la numerosità dei soggetti sovrappeso ed obesi. L'indicatore qui rappresentato esprime la percentuale di obesi sulla popolazione superiore a 14 anni. L'obesità è ritenuta una vera e propria patologia, in costante crescita nelle società occidentali, derivante dalla interazione di fattori genetici ed ambientali. L'obesità è spesso correlata ad importanti patologie metaboliche, quali diabete e dislipidemie, patologie cardiovascolari, ipertensione arteriosa e patologie osteo-articolari. Di qui la necessità di promuovere campagne di prevenzione, per l'adozione di sani stili di vita, quali la costante attività fisica, il controllo del peso corporeo ed una corretta alimentazione. L'efficacia dell'attività di prevenzione sarà maggiore se rivolta in particolar modo ai giovani in età scolare.

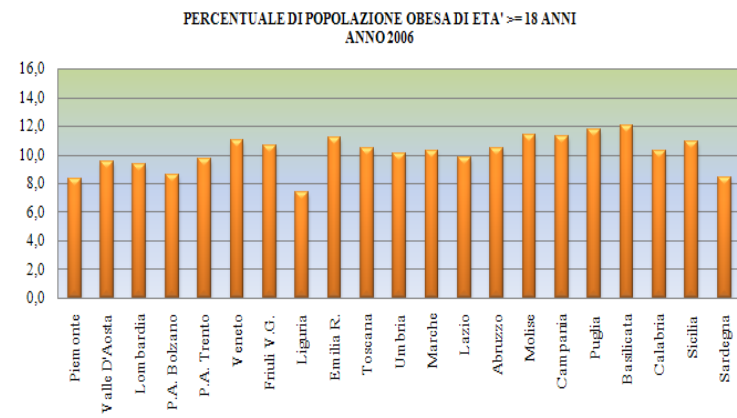
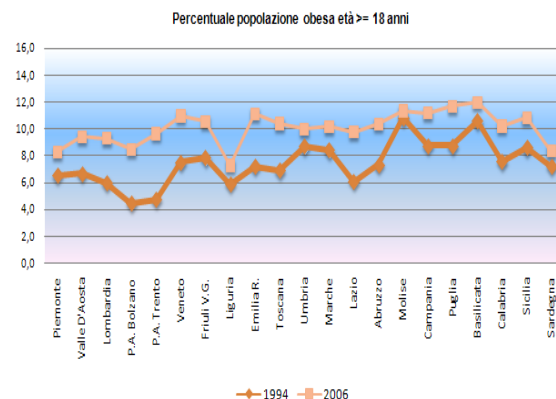
DESCRIZIONE RISULTATI

Dal confronto dei valori percentuali di soggetti obesi nella popolazione, stimati per gli anni 1994 e 2006, emerge quanto segue: aumento dell'obesità in tutte le regioni e a livello nazionale di 2,9 punti. Gli incrementi maggiori (oltre i 4 punti) si rilevano nelle P.A. di Trento e di Bolzano e in Emilia Romagna (3,9 punti); il più basso incremento nella regione Molise (0,5 punti) e, a seguire, in Sardegna (1,2 punti). La percentuale di obesi di sesso maschile è maggiore di quella femminile e ciò è ancor più evidente nelle regioni settentrionali. Eccezioni a livello regionale si rilevano in Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Calabria dove il fenomeno dell'obesità è, in termini percentuali, sensibilmente maggiore tra le donne.

OSSERVAZIONI

La necessità di promuovere campagne di prevenzione, per l'adozione di sani stili di vita, quali la costante attività fisica, il controllo del peso corporeo ed una corretta alimentazione rimane uno degli obiettivi primari del SSN. Anche il Consiglio dei Ministri europeo ha recentemente richiamato l'attenzione al problema della dieta alimentare e del sovrappeso.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	8,2	8,3	8,3
Valle D'Aosta	8,4	6,6	9,5
Lombardia	8,7	8,5	9,4
P.A. Bolzano	8,4	8,0	8,5
P.A. Trento	8,9	9,5	9,7
Veneto	9,5	9,9	11,0
Friuli V.G.	8,6	10,4	10,6
Liguria	9,3	8,5	7,3
Emilia R.	10,6	10,3	11,2
Toscana	9,0	8,9	10,4
Umbria	9,6	7,5	10,0
Marche	8,9	9,8	10,2
Lazio	9,3	9,4	9,8
Abruzzo	10,8	11,8	10,4
Molise	13,1	10,4	11,4
Campania	11,1	10,6	11,2
Puglia	11,0	12,9	11,7
Basilicata	13,0	12,0	12,0
Calabria	10,9	11,3	10,3
Sicilia	11,3	11,6	10,9
Sardegna	9,0	10,5	8,4
ITALIA	9,8	9,9	10,2



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INCIDENTI STRADALI, DOMESTICI E INFORTUNI SUL LAVORO

SIGNIFICATO

Secondo le statistiche ufficiali gli incidenti stradali provocano ogni anno circa 8.000 decessi, rappresentando la prima causa di morte tra i maschi sotto i 40 anni. Gli incidenti domestici hanno assunto dimensioni piuttosto preoccupanti, non solo nel nostro Paese ma anche livello sovranazionale e nessuna fascia di età è risparmiata da questo genere di eventi. Nei Paesi sviluppati gli incidenti domestici rappresentano la prima causa di morte per i bambini, anche se le casalinghe sono le più colpite in assoluto. Anche gli infortuni sul lavoro costituiscono un fenomeno allarmante, con i numerosi casi mortali e di invalidità permanenti.

Per il gran numero di persone coinvolte in questo genere di eventi, le lesioni più o meno gravi subite e gli elevati costi sociali per l'assistenza e la riabilitazione, gli incidenti ed infortuni costituiscono una emergenza non trascurabile. L'indicatore qui considerato prende in esame il numero dei ricoveri ospedalieri effettuati a seguito di incidenti stradali, domestici ed infortuni sul lavoro. Il tasso di ospedalizzazione esprime il numero di ricoveri avvenuti a seguito dei suddetti eventi per 100.000 residenti. Qualche carenza informativa sulla causa del traumatismo, non esplicitata sulla scheda di dimissione, determina sicuramente una valutazione sottostimata del numero dei ricoveri per dette cause.

DESCRIZIONE RISULTATI

Per quanto riguarda il ricovero a seguito di incidente stradale, domestico e per infortuni sul lavoro i tassi di ospedalizzazione mostrano un trend in diminuzione, anche se più evidente per gli incidenti stradali. Il tasso di ospedalizzazione a seguito di infortunio domestico subisce un decremento nel 2006 rispetto all'anno precedente.

Nei raffronti regionali relativi al 2006 il tasso di ospedalizzazione per incidente stradale ha una elevata variabilità: il range di variazione passa da circa 24 per 100.000 residenti in Umbria a 183 per 100.000 della P.A. di Bolzano. Tuttavia un notevole incremento degli incidenti stradali nel biennio 2005-2006 si riscontra in Molise.

Non assai diverso si presenta il raffronto regionale per i ricoveri a seguito di incidente domestico. Qui il valore minimo è di circa 25 per 100.000 residenti in Basilicata mentre il valore massimo della distribuzione è di 344,76 per 100.000 residenti nella P.A.di Bolzano. Per quanto riguarda il tasso di

OSSERVAZIONI

Sono state considerate le schede di dimissione ospedaliera caratterizzate da un traumatismo nella diagnosi principale, ossia un codice compreso tra 800 e 999 della codifica ICD-9-CM, determinato da incidente stradale, domestico ed infortunio sul lavoro.

Il ricorso all'assistenza ospedaliera a seguito incidente stradale, domestico ed infortunio sul lavoro può comprendere più episodi di ricovero. Anche in tal caso può essere omessa l'informazione sulla causa che ha determinato il traumatismo.

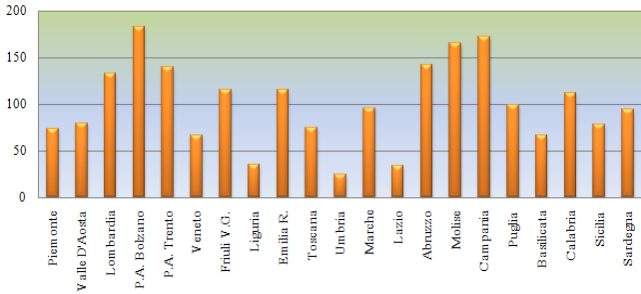
Incidenti stradali

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi incidenti stradali	Popolazione residente
Piemonte	82,97	78,15	73,54	3.193	4.341.733
Valle D'Aosta	106,52	83,83	79,05	98	123.978
Lombardia	146,45	144,22	133,25	12.626	9.475.202
P.A. Bolzano	125,10	215,27	183,16	884	482.650
P.A. Trento	154,23	156,57	139,91	703	502.478
Veneto	94,01	75,19	66,61	3.156	4.738.313
Friuli V.G.	132,37	130,15	115,78	1.399	1.208.278
Liguria	99,40	44,34	35,40	570	1.610.134
Emilia R.	131,80	119,67	114,74	4.805	4.187.557
Toscana	97,98	77,98	74,67	2.703	3.619.872
Umbria	20,52	7,22	24,08	209	867.878
Marche	95,49	101,33	95,56	1.461	1.528.809
Lazio	46,07	37,69	33,42	1.773	5.304.778
Abruzzo	169,76	150,47	142,57	1.861	1.305.307
Molise	158,85	116,17	164,85	529	320.907
Campania	186,26	165,52	172,41	9.984	5.790.929
Puglia	99,88	91,37	99,00	4.031	4.071.518
Basilicata	22,61	27,49	66,49	395	594.086
Calabria	95,66	86,10	111,35	2.232	2.004.415
Sicilia	88,76	83,74	77,75	3.901	5.017.212
Sardegna	109,37	103,75	94,28	1.561	1.655.677
ITALIA	111,80	101,67	98,85	58.074	58.751.711

(*) Traumatismo (codice ICD-IX 800 - 999) nella diagnosi principale ed indicazione della causa "incidente stradale".

ospedalizzazione è stato calcolato considerando la popolazione residente in età lavorativa, ossia 15 - 64 anni. Spicca tra gli altri il valore assunto dall'indicatore nella P.A. di Bolzano, circa 221 per 100.000 residenti in età lavorativa. In questo caso il valore minimo è in Umbria, dove si hanno circa 17 ricoveri ogni 100.000 residenti in età lavorativa.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INCIDENTI STRADALI (PER 100.000 ABITANTI)
ANNO 2006



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INCIDENTI STRADALI, DOMESTICI E INFORTUNI SUL LAVORO

Incidenti domestici

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimezzi incidente domestico	Popolazione residente
Piemonte	119,03	122,49	114,70	4.980	4.341.733
Valle D'Aosta	72,93	52,09	35,49	44	123.978
Lombardia	181,10	214,13	202,23	19.162	9.475.202
P.A. Bolzano	206,09	278,79	344,76	1.664	482.650
P.A. Trento	67,44	76,98	71,45	359	502.478
Veneto	89,66	69,89	71,65	3.395	4.738.313
Friuli V.G.	46,57	43,41	43,70	528	1.208.278
Liguria	125,77	78,63	84,90	1.367	1.610.134
Emilia R.	100,53	98,83	88,38	3.701	4.187.557
Toscana	112,98	98,88	96,80	3.504	3.619.872
Umbria	20,16	8,50	44,25	384	867.878
Marche	104,60	144,98	145,08	2.218	1.528.809
Lazio	54,50	54,25	43,47	2.306	5.304.778
Abruzzo	146,75	131,69	131,77	1.720	1.305.307
Molise	122,79	94,73	115,30	370	320.907
Campania	69,89	65,97	66,22	3.835	5.790.929
Puglia	52,41	54,79	54,16	2.205	4.071.518
Basilicata	23,62	28,33	25,08	149	594.086
Calabria	33,21	30,31	38,66	775	2.004.415
Sicilia	51,29	50,39	54,05	2.712	5.017.212
Sardegna	92,20	75,76	67,46	1.117	1.655.677
ITALIA	96,66	98,64	96,16	56.495	58.751.711

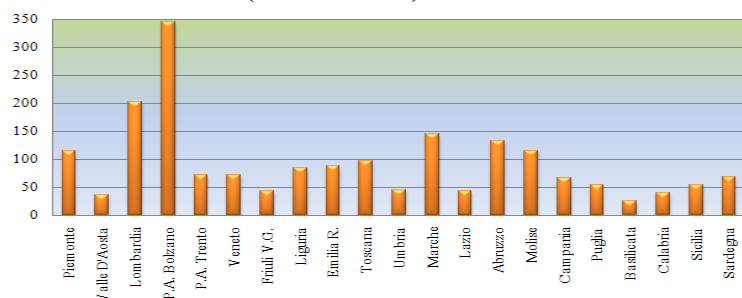
(*) Traumatismo (codice ICD-IX 800 - 999) nella diagnosi principale ed indicazione della causa "incidente domestico".

Infortuni sul lavoro

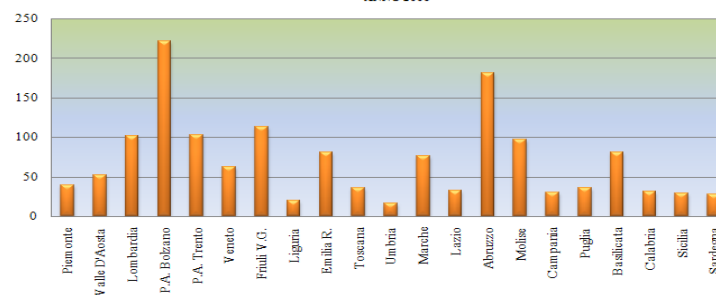
	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimezzi (*)	Pop. 15 - 64 anni
Piemonte	51,93	46,83	38,96	1.102	2.828.620
Valle D'Aosta	71,83	82,73	52,10	43	82.532
Lombardia	98,85	101,43	101,26	6.421	6.341.190
P.A. Bolzano	164,40	237,26	221,48	710	320.570
P.A. Trento	122,28	125,59	102,60	340	331.379
Veneto	79,96	68,40	62,56	1.984	3.171.460
Friuli V.G.	100,55	106,27	112,96	893	790.571
Liguria	44,10	24,61	20,00	201	1.005.181
Emilia R.	97,04	85,34	81,24	2.205	2.714.077
Toscana	45,26	37,96	35,64	834	2.340.293
Umbria	15,54	7,60	16,68	93	557.637
Marche	64,86	84,41	76,23	750	983.870
Lazio	25,46	26,24	32,36	1.150	3.553.700
Abruzzo	250,14	225,21	181,18	1.545	852.725
Molise	103,69	86,42	96,36	200	207.563
Campania	35,54	32,65	29,57	1.150	3.889.648
Puglia	39,65	39,49	36,26	989	2.727.545
Basilicata	11,23	16,10	80,49	314	390.089
Calabria	44,09	49,40	31,31	417	1.331.942
Sicilia	35,38	31,51	29,21	965	3.303.844
Sardegna	32,54	28,75	27,37	315	1.151.004
ITALIA	63,72	61,21	58,19	22.621	38.875.440

(*) Traumatismo (codice ICD-IX 800 - 999) nella diagnosi principale ed indicazione della causa "infortunio sul lavoro".

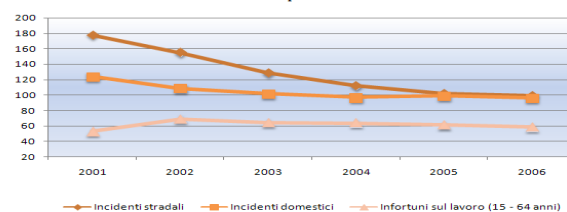
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INCIDENTI DOMESTICI
(PER 100.000 ABITANTI) - ANNO 2006



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO (PER 100.000 ABITANTI) - ETA' 15 - 64 ANNI
ANNO 2006



Tasso di ospedalizzazione



Fonte dei dati e note

ISTAT - Ministero della salute

DENSITA' DELLA POPOLAZIONE

SIGNIFICATO

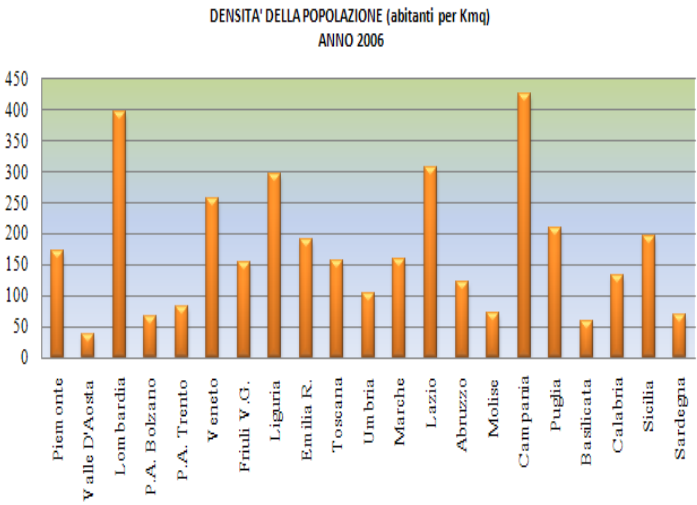
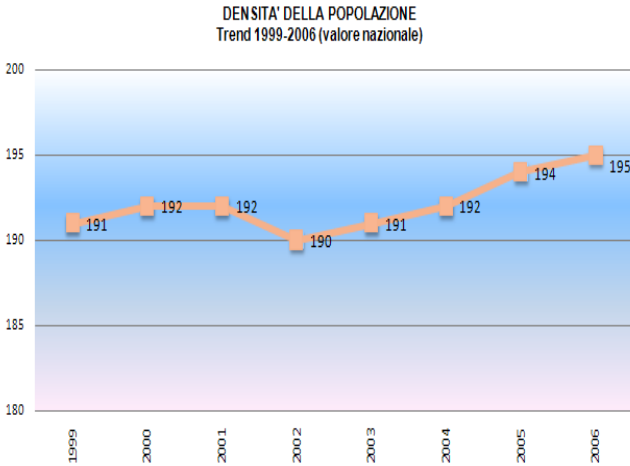
La densità della popolazione è il rapporto tra la popolazione residente e la superficie regionale. Esso esprime il numero di abitanti per Km², ed è una generalizzazione usata dai geografi per avere un riscontro immediato sui dati di occupazione del territorio.

E' un indicatore molto importante per quanto concerne l'organizzazione sul territorio della rete sanitaria. Conoscere la densità media presente nelle regioni, permette una organizzazione migliore della rete dei servizi sanitari da dislocare sul territorio nonché una migliore efficienza nella distribuzione da parte dello Stato delle risorse.

DESCRIZIONE RISULTATI

Nel periodo considerato, 1999-2006, si registra a livello nazionale un incremento graduale dell'indicatore a partire dal 2003 quando da 191 abitanti per Km² si è giunti ai 195 del 2006. Dai dati disponibili, relativamente al triennio 2004-2006, emerge che, nonostante la sfavorevole conformazione orografica derivante dal fatto che oltre un terzo della superficie territoriale è occupata dalle montagne, gli insediamenti umani hanno via via assunto, soprattutto in pianura, livelli di assoluto rilievo e con forti disparità tra una zona e l'altra. Sul piano regionale si passa infatti dal minimo di 38 abitanti per chilometro quadrato della Valle d'Aosta (interamente costituita da zone montuose) al massimo di 426 della Campania, all'interno della quale si evidenzia la punta di 2.613 abitanti (censimento 2001 ISTAT) per km² della provincia di Napoli, che costituisce di gran lunga la provincia a maggior densità insediativa.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Superficie	Pop. residente
Piemonte	168	170	171	25.402	4.341.733
Valle D'Aosta	37	38	38	3.263	123.978
Lombardia	387	394	397	23.863	9.475.202
P.A. Bolzano	64	64	65	7.400	482.650
P.A. Trento	79	80	81	6.207	502.478
Veneto	252	255	258	18.399	4.738.313
Friuli V.G.	152	153	154	7.858	1.208.278
Liguria	291	294	297	5.422	1.610.134
Emilia R.	184	188	189	22.117	4.187.557
Toscana	155	156	157	22.994	3.619.872
Umbria	100	102	103	8.456	867.878
Marche	155	157	158	9.694	1.528.809
Lazio	302	306	308	17.236	5.304.778
Abruzzo	119	121	121	10.763	1.305.307
Molise	72	73	72	4.438	320.907
Campania	424	426	426	13.590	5.790.929
Puglia	209	210	210	19.358	4.071.518
Basilicata	60	60	59	9.995	594.086
Calabria	133	133	133	15.081	2.004.415
Sicilia	195	195	195	25.711	5.017.212
Sardegna	68	68	69	24.090	1.655.677
ITALIA	192	194	195	301.336	58.751.711



Fonte dei dati e note

ISTAT

PRODOTTI FITOSANITARI PER USO AGRICOLO per ettaro di superficie trattabile e regione (a) in chilogrammi

SIGNIFICATO

L'uso di fitofarmaci nel settore agricolo risponde a differenti esigenze: difendere le colture da parassiti e patogeni, controllare lo sviluppo di piante infestanti e garantire il raggiungimento di elevati standard di qualità dei prodotti agricoli. Tuttavia, essendo i fitofarmaci costituiti da sostanze tossiche (in alcuni casi cancerogene), un uso improprio può avere ripercussioni sulla salute umana e animale; alcuni residui possono contaminare le acque superficiali e sotterranee, con ulteriori conseguenze sull'ambiente. E' inoltre largamente riconosciuto che l'impiego di queste sostanze ha un impatto sulle proprietà fisiche e chimiche dei suoli e della fauna.

L'indicatore in esame esprime in maniera indiretta l'inquinamento della superficie adibita a colture agricole, ed è dato dal rapporto tra la quantità di principi attivi contenuti nei prodotti fitosanitari distribuiti (espressa in kg) e la superficie territoriale trattabile (espressa in ettari).

DESCRIZIONE RISULTATI

In Italia nell'anno 2006 la quantità di principi attivi contenuti nei fitofarmaci distribuiti per ettaro di superficie trattabile è pari, in media, a 9,14 kg, con valori estremi di 58,80 kg e 1,47 kg registrati rispettivamente in corrispondenza della Provincia Autonoma di Bolzano e del Molise. Valori dell'indicatore superiori a quello medio nazionale, concentrati tendenzialmente nell'area centro-settentrionale della penisola, si riscontrano, nell'ordine, nella Provincia Autonoma di Bolzano, nella Provincia Autonoma di Trento, in Liguria, in Sicilia, in Veneto, in Piemonte, in Campania, in Friuli Venezia Giulia ed in Emilia Romagna. Fra i principi attivi contenuti nei prodotti fitosanitari, i fungicidi costituiscono il 62,3%, gli insetticidi il 13,47%, gli erbicidi il 10,94% e i "vari" il 13,35%. Dall'analisi dei dati nazionali relativi al periodo 2002-2006, emerge che la quantità di sostanze attive contenute nei prodotti fitosanitari presenta un trend sostanzialmente decrescente.

Fonte dei dati e note

OSSERVAZIONI

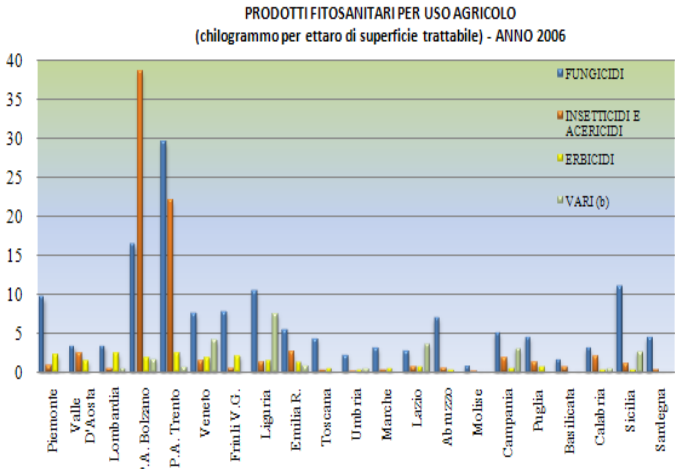
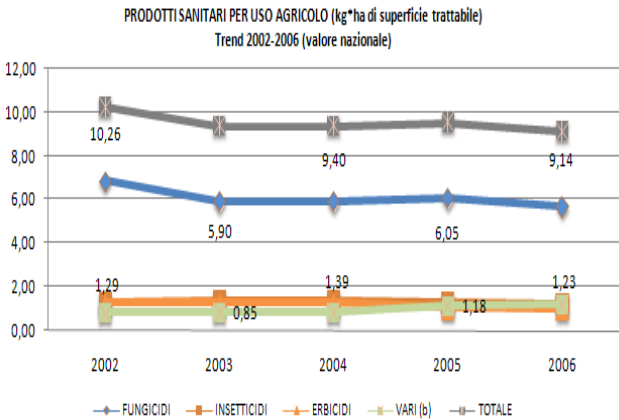
Il prodotto fitosanitario è composto normalmente da tre elementi (sostanza attiva, coadiuvante e coformulante) i quali, insieme, costituiscono il prodotto commerciale (il preparato) che si acquista e si utilizza sulle colture. La sostanza attiva è la parte che serve a combattere il parassita che si vuole controllare ed è dunque la sostanza tossica che, a seconda della pericolosità e della concentrazione presente nella confezione, concorre a determinare la classe di tossicità e quindi di pericolosità soprattutto per chi impiega il preparato. Come si evince dai dati pubblicati dall'APAT nell'Annuario dei dati ambientali (edizione 2008), sebbene la quantità di sostanze attive contenute nei prodotti fitosanitari sia in leggera diminuzione tra il 1997 e il 2006, la quantità e la tossicità dei prodotti fitosanitari distribuiti è invece in aumento nel 2006 diversamente dagli anni precedenti in cui i valori erano in calo per via delle politiche agroambientali nazionali e comunitarie, tendenti alla riduzione dei mezzi tecnici chimici impiegati nelle pratiche agronomiche.

ISTAT

ANNO 2006				
	FUNGICIDI	INSETTICIDI E ACERICIDI	ERBICIDI	VARI (b)
	Kg/Ha	Kg/Ha	Kg/Ha	Kg/Ha
Piemonte	9,73	0,81	2,24	0,29
Valle D'Aosta	3,51	2,43	1,53	0,00
Lombardia	3,53	0,42	2,48	0,58
P.A. Bolzano	16,54	38,50	2,00	1,76
P.A. Trento	29,63	22,02	2,47	0,81
Veneto	7,63	1,48	1,84	4,14
Friuli V.G.	7,97	0,47	2,12	0,09
Liguria	10,53	1,31	1,48	7,55
Emilia R.	5,59	2,64	1,31	0,88
Toscana	4,46	0,23	0,54	0,14
Umbria	2,40	0,14	0,47	0,54
Marche	3,23	0,26	0,57	0,05
Lazio	2,90	0,72	0,69	3,67
Abruzzo	7,14	0,55	0,37	0,16
Molise	0,90	0,15	0,24	0,18
Campania	5,22	1,82	0,67	3,08
Puglia	4,60	1,28	0,71	0,24
Basilicata	1,81	0,62	0,11	0,24
Calabria	3,22	2,02	0,42	0,54
Sicilia	11,13	1,08	0,48	2,68
Sardegna	4,59	0,33	0,24	0,18
ITALIA	5,69	1,23	1,00	1,22

(a) La superficie trattabile comprende i seminativi, al netto dei terreni a riposo, gli orti familiari e le coltivazioni legnose agrarie (compresi i castagneti da frutto).

(b) Nei Vari sono compresi i principi attivi biologici



PECENTUALE DI COSTA NON BALNEABILE

SIGNIFICATO

Vista l'importanza delle interazioni tra fattori di rischio ambientale e salute della popolazione, il processo finalizzato al mantenimento e al miglioramento della salute non può prescindere dalla valutazione dei determinanti ambientali. Per quanto riguarda il controllo delle acque di balneazione, l'Italia presenta una normativa più severa rispetto alla direttiva europea attualmente in vigore, e un numero di punti di campionamento per il controllo delle acque molto più numeroso rispetto agli altri Paesi dell'Unione. Lo stato di salubrità delle acque viene monitorato dai Dipartimenti provinciali delle Agenzie Regionali di Protezione Ambientale (ARPA) su 4.694 punti di prelievo per il mare e 565 per le acque interne; il Ministero della Salute cura poi la pubblicazione dei risultati del monitoraggio a livello nazionale. L'indicatore considerato esprime in maniera diretta l'inquinamento delle acque di balneazione; esso è dato dal rapporto tra la superficie di costa non balneabile e la superficie complessiva di costa. Nel calcolo viene considerata sia la costa marina che quella lacustre.

DESCRIZIONE RISULTATI

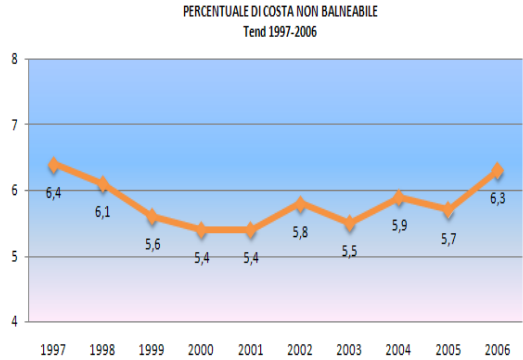
Nell'anno 2006 in Italia la percentuale di costa non idonea alla balneazione per inquinamento risulta pari al 6,3%. Valori dell'indicatore superiori a quello di riferimento nazionale si riscontrano, nell'ordine, in Campania, Lazio, Calabria, Abruzzo e Veneto. La regione che si classifica prima per chilometri di costa balnabili è il Friuli Venezia Giulia (100%). Campania e Lazio sono, invece, le regioni che occupano gli ultimi posti in graduatoria, con percentuale di chilometri costieri non balneabili per inquinamento rispettivamente del 18,5 % e del 18,3 %.

Dall'analisi del trend temporale riferita al periodo 1997-2006 emerge che la percentuale di costa non idonea alla balneazione per motivi di inquinamento ha subito dapprima una riduzione e poi un aumento oscillante fino al valore del 2006.

Fonte dei dati e note

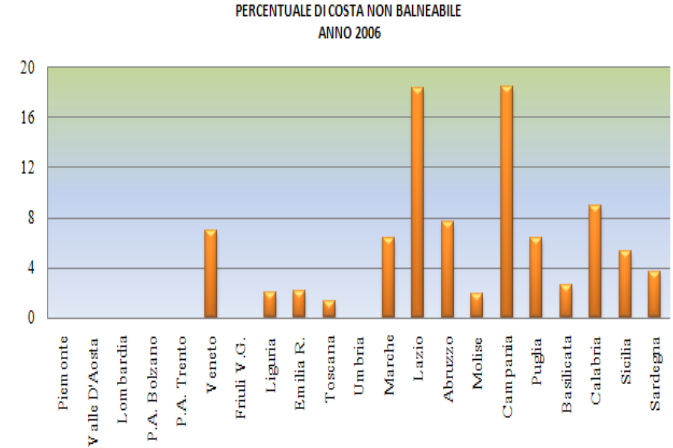
OSSERVAZIONI

L'osservazione dei dati raccolti negli ultimi anni durante le campagne di controllo (svolte in base al Decreto del Presidente della Repubblica dell'8 giugno 1982 n. 470, che disciplina il programma di sorveglianza sulle acque di balneazione) porta a riconoscere un generale miglioramento della qualità delle acque delle zone costiere italiane, valutato in funzione dei chilometri di costa controllata. Come evidenziato nel Piano Sanitario 2006-2008 nella sezione dedicata all'ambiente e alla salute e suggerito da una Direttiva della Commissione Europea l'obiettivo è di promuovere una gestione integrata della qualità delle acque, tale da permettere azioni volte a prevenire l'esposizione dei bagnanti a rischi sanitari inaccettabili, non solo attraverso il monitoraggio, ma soprattutto attraverso misure di gestione che includano: il riconoscimento, la valutazione e la riduzione o eliminazione delle possibili cause della contaminazione, la previsione dell'inquinamento e quindi del rischio sanitario associato alla balneazione. Inoltre occorre dare un'informazione più completa e aggiornata in tempo reale alla popolazione sulle condizioni delle spiagge, sulle pratiche di gestione e sulla qualità delle acque di balneazione, potenziando e sviluppando i processi di partecipazione dei cittadini.



ISTAT

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006
	Indicatore	Indicatore	Indicatore
Piemonte	-	-	-
Valle D'Aosta	-	-	-
Lombardia	-	-	-
P.A. Bolzano	-	-	-
P.A. Trento	-	-	-
Veneto	4,4	3,4	7,0
Friuli V.G.	0,4	-	-
Liguria	2,5	2,5	2,0
Emilia R.	2,2	2,1	2,1
Toscana	1,3	1,2	1,3
Umbria	-	-	-
Marche	6,0	5,8	6,3
Lazio	12,0	13,4	18,3
Abruzzo	7,6	7,4	7,6
Molise	2,0	5,6	1,9
Campania	19,8	17,8	18,5
Puglia	5,7	5,9	6,4
Basilicata	3,9	2,6	2,6
Calabria	8,3	7,9	8,9
Sicilia	5,0	4,8	5,3
Sardegna	3,7	3,6	3,6
ITALIA	5,9	5,7	6,3



PERCENTUALE DI STRUTTURE DOTATE DI PROTOCOLLI DI DIMISSIONE PROTETTA

SIGNIFICATO

L'indicatore è definito come rapporto percentuale fra il numero di strutture che utilizzano protocolli di dimissione protetta che prevedono il coinvolgimento del territorio ed il numero totale di strutture di ricovero.

L'indicatore viene calcolato separatamente per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza residenziale, per strutture pubbliche e per strutture accreditate.

Per "Protocolli di dimissione protetta" si intende la programmazione di interventi assistenziali personalizzati, da realizzare a domicilio dopo le dimissioni del paziente (per esempio le Unità di Valutazione Geriatrica UVG). Tale programmazione va realizzata prima della dimissione, con la partecipazione sia del personale medico-infermieristico di reparto che degli operatori delle strutture territoriali (assistenza domiciliare, medico di medicina generale, consultorio, etc.) responsabili della presa in carico dopo la dimissione.

DESCRIZIONE RISULTATI

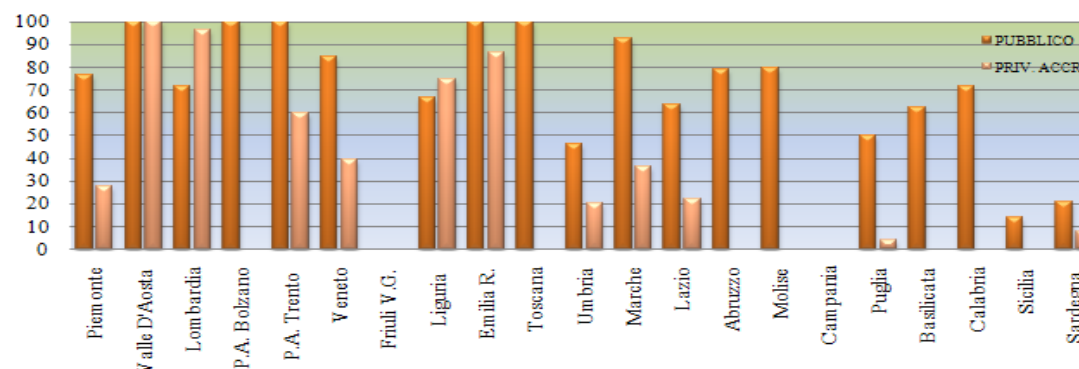
L'analisi territoriale dell'indicatore dimostra una consistente variabilità sia nell'ambito pubblico che nel privato. Nel 2006 la totalità delle strutture ospedaliere pubbliche di Valle D'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Emilia Romagna e Toscana risultano dotate di protocolli di dimissione protetta mentre le isole Sicilia (13,9%) e Sardegna (20,6%) hanno le percentuali più basse. Per le strutture private i valori più elevati dell'indicatore si presentano sempre in Valle D' Aosta (100%) ed in Lombardia (96,7%); valori nulli in Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia. A livello nazionale il trend è in aumento nonostante risultino mancanti i dati di alcune regioni. Per le strutture residenziali l'analisi dei dati disponibili consente valutazioni abbastanza limitate. Nel 2006 il valore nazionale dell'indicatore (33%) per le strutture pubbliche è in calo rispetto al 2005 (35,1%) diversamente dalle strutture private che registrano un aumento di 11 punti percentuali rispetto al precedente anno (42,9% nel 2006 vs 31,9% nel 2005). Rilevante è la totale mancanza di informazioni al riguardo per molte regioni. La pratica dell'utilizzo di protocolli di dimissione protetta nelle strutture residenziali sembrerebbe ancora una possibilità limitata solo ad alcune realtà territoriali.

PERCENTUALE DI STRUTTURE DI RICOVERO DOTATE DI PROTOCOLLI DI DIMISSIONE PROTETTA

	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2006			
	PUBBLICO PRIV. ACCR.		PUBBLICO PRIV. ACCR.		PUBBLICO		PRIV. ACCR.	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Strutt. con prot. dimissione protetta	totale strutture di ricovero	Strutt. con prot. dimissione protetta	totale strutture di ricovero
Piemonte	71,4	26,5	76,6	27,9	49	64	12	43
Valle D'Aosta	100,0	0,0	100,0	100,0	1	1	1	1
Lombardia	94,3	71,0	71,7	96,7	33	46	59	61
P.A. Bolzano	100,0	n.d.	100,0	n.d.	7	7	n.d.	n.d.
P.A. Trento	75,0	20,0	100,0	60,0	7	7	3	5
Veneto	64,3	32,1	84,7	39,3	50	59	11	28
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	60,7	0,0	66,7	75,0	8	12	3	4
Emilia R.	98,1	81,0	100,0	86,4	53	53	38	44
Toscana	100,0	n.d.	100,0	n.d.	36	36	n.d.	n.d.
Umbria	94,4	0,0	46,2	20,0	18	39	1	5
Marche	33,7	35,7	92,9	36,4	26	28	4	11
Lazio	44,4	26,1	63,3	22,1	38	60	19	86
Abruzzo	19,0	15,4	79,3	0,0	23	29	0	6
Molise	80,0	0,0	80,0	0,0	4	5	0	4
Campania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Puglia	32,1	0,0	50,0	4,2	24	48	1	24
Basilicata	n.d.	n.d.	62,5	0,0	5	8	0	1
Calabria	10,9	0,0	71,4	0,0	10	14	0	0
Sicilia	10,9	0,0	13,9	0,0	5	36	0	9
Sardegna	94,4	30,8	20,6	7,7	7	34	1	13
ITALIA	58,3	40,4	68,9	44,3	404	586	153	345

Nota: n.p. = dati non pervenuti; n.d. = dati non disponibili

PERCENTUALE DI STRUTTURE DI RICOVERO DOTATE DI PROTOCOLLI DI DIMISSIONE PROTETTA ANNO 2006



PERCENTUALE DI STRUTTURE DOTATE DI PROTOCOLLI DI DIMISSIONE PROTETTA

OSSERVAZIONI

L'indicatore offre soltanto una lettura parziale della reale condizione italiana, dal momento che i dati sono incompleti ed alcune regioni mancanti. Tuttavia, l'indicatore è molto importante per valutare la capacità del sistema sanitario di offrire continuità assistenziale mirata, anche al di fuori delle strutture di ricovero, in modo da fornire ai pazienti tutte le cure necessarie, ma al tempo stesso garantire loro una migliore qualità della vita e la possibilità di essere seguiti costantemente, senza il vincolo del ricovero in una struttura.

PERCENTUALE DI STRUTTURE RESIDENZIALI DOTATE DI PROTOCOLLI DI DIMISSIONE PROTETTA

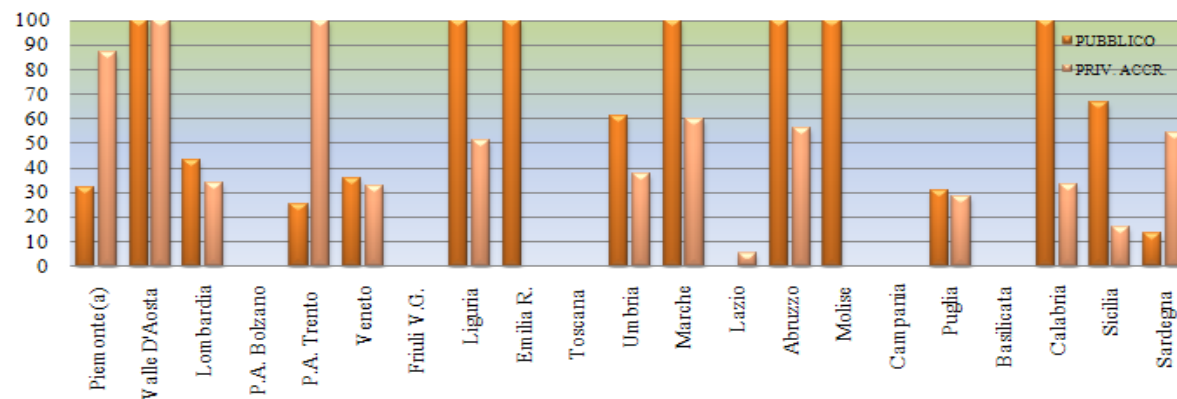
Indicatore	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2006			
	PUBBLICO PRIV. ACCR.		PUBBLICO PRIV. ACCR.		PUBBLICO		PRIV. ACCR.	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Strutt. resid. con prot. dimissione protetta	totale strutture di ricovero	Strutt. resid. con prot. dimissione protetta	totale strutture di ricovero
Piemonte (a)	18,6	87,1	32,3	86,8	63	195	145	167
Valle D'Aosta	0,0	100,0	100,0	100,0	1	1	1	1
Lombardia	5,0	23,7	43,5	33,8	20	46	127	376
P.A. Bolzano	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	2
P.A. Trento	33,3	100,0	25,0	100,0	1	4	1	1
Veneto	55,2	39,7	35,9	32,9	33	92	23	70
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	90,0	34,9	100,0	51,4	9	9	19	37
Emilia R.	77,5	n.d.	100,0	n.d.	43	43	n.d.	n.d.
Toscana	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Umbria	70,6	0,0	61,1	37,5	11	18	3	8
Marche	48,6	50,0	100,0	60,0	22	22	6	10
Lazio	0,0	10,0	0,0	5,2	0	11	5	97
Abruzzo	0,0	0,0	100,0	56,3	3	3	9	16
Molise	100,0	0,0	100,0	0,0	2	2	0	2
Campania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Puglia	66,7	0,0	30,8	28,6	4	13	2	7
Basilicata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Calabria	0,0	20,0	100,0	33,3	1	1	3	9
Sicilia	62,5	23,3	66,7	16,0	4	6	4	25
Sardegna	100,0	0,0	13,2	54,1	42	319	33	61
ITALIA	35,1	31,9	33,0	42,9	259	785	381	889

Nota: n.p. = dati non pervenuti; n.d. = dati non disponibili

(*) Strutture residenziali a medio-alta intensità assistenziale. Hospice, Centri ex art. 26, RSA riabilitative, centri alzheimer

(a) nel totale sono considerate tutte le strutture pubbliche e private

PERCENTUALE DI STRUTTURE RESIDENZIALI DOTATE DI PROTOCOLLI DI DIMISSIONE PROTETTA ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute - Regioni

PERCENTUALE DI UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA E DI STRUTTURE RESIDENZIALI CHE HANNO RILEVATO IL GRADIMENTO DEGLI UTENTI RISPETTO ALLA QUALITA' DEI SERVIZI

SIGNIFICATO

Con le riforme del Servizio Sanitario Nazionale e la maggiore sensibilità delle istituzioni alla prevenzione delle malattie, nonché a seguito della maggiore diffusione di informazioni e sviluppo di conoscenze, si è determinato negli ultimi venti anni un cambiamento radicale nelle strategie e nelle politiche sanitarie, fondato sulla centralità del cittadino/utente/paziente, il cui coinvolgimento e partecipazione alle decisioni che riguardano il suo percorso assistenziale si ritengono fondamentali e imprescindibili, anche in virtù della definizione di salute dell'OMS di 'benessere fisico, psichico e sociale'. Alla luce di ciò, l'indicatore misura la capacità delle organizzazioni sanitarie di rilevare, comprendere e cambiare le modalità organizzative sulla base delle esigenze del paziente, per fornire un'assistenza multidimensionale in una fase delicata della vita quale la malattia. In particolare si calcolano due indicatori, la percentuale di unità operative di degenza e la percentuale di strutture residenziali che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi erogati, sia nelle strutture pubbliche che negli istituti privati accreditati.

OSSERVAZIONI

L'indicatore, pur con qualche problema di completezza e confrontabilità dei dati, fornisce una misura sintetica della capacità delle strutture ospedaliere di confrontarsi con le esigenze del paziente/utente e di attivare conseguentemente percorsi e progetti di miglioramento della qualità dei servizi assistenziali forniti. Nella relazione tra cittadini assistiti ed istituzioni sanitarie, la sistematica verifica della qualità percepita dagli utenti rappresenta un elemento di centrale interesse, finalizzata, attraverso la somministrazione di questionari di gradimento nell'ambito di indagini di customer satisfaction, ad aumentare la partecipazione del cittadino nel perseguimento del circolo virtuoso della qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie.

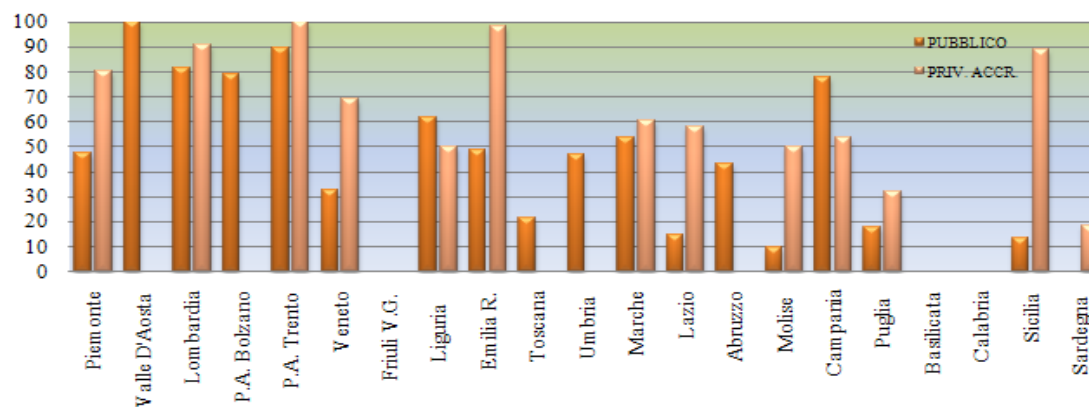
Inoltre, la partecipazione del paziente/utente è fondamentale anche nello specifico rapporto medico-paziente al fine di individuare il percorso assistenziale più appropriato e consapevole; infatti il coinvolgimento operativo degli utenti a livello progettuale spesso determina il successo del progetto stesso, soprattutto in ambito preventivo.

PERCENTUALE DI UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA

	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2006			
	PUBBLICO PRIV. ACCR.		PUBBLICO PRIV. ACCR.		PUBBLICO		PRIV. ACCR.	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	U.O. deg. grad. utenti	totale U.O. degenza	U.O. deg. grad. utenti	totale U.O. degenza
Piemonte	46,3	100,0	47,6	80,5	510	1.071	140	174
Valle D'Aosta	100,0	0,0	100,0	0,0	23	23	-	-
Lombardia	68,8	86,4	81,5	90,8	958	1.175	638	703
P.A. Bolzano	92,2	n.d.	79,3	0,0	69	87	0	10
P.A. Trento	38,2	100,0	89,6	100,0	60	67	10	10
Veneto	38,4	72,0	32,7	69,4	287	879	68	98
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	49,0	50,0	61,9	50,0	247	399	2	4
Emilia R.	45,9	94,4	48,5	98,6	367	757	207	210
Toscana	29,0	n.d.	21,2	n.d.	178	838	n.d.	n.d.
Umbria	23,9	57,1	47,2	n.d.	67	142	n.d.	n.d.
Marche	39,0	71,8	53,6	60,7	105	196	17	28
Lazio	25,6	84,3	14,9	57,9	164	1.097	282	487
Abruzzo	32,9	n.d.	43,2	n.d.	92	213	8	9
Molise	69,2	0,0	10,0	50,0	7	70	3	6
Campania	60,4	22,9	77,7	53,4	331	426	70	131
Puglia	51,8	18,4	17,6	32,3	56	318	32	99
Basilicata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	33	95	2	2
Calabria	46,7	29,6	n.d.	n.d.	n.d.	31	n.d.	n.d.
Sicilia	57,8	92,9	13,6	88,8	131	963	239	269
Sardegna	85,6	100,0	0,0	18,2	0	1	2	11
ITALIA	46,1	76,3	41,6	76,4	3.685	8.848	1.720	2.251

Nota: n.p.= dati non pervenuti; n.d.= dati non disponibili

PERCENTUALE DI UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA CHE HANNO RILEVATO IL GRADIMENTO DEGLI UTENTI RISPETTO ALLA QUALITA' DEI SERVIZI



PERCENTUALE DI UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA E DI STRUTTURE RESIDENZIALI CHE HANNO RILEVATO IL GRADIMENTO DEGLI UTENTI RISPETTO ALLA QUALITA' DEI SERVIZI

DESCRIZIONE RISULTATI

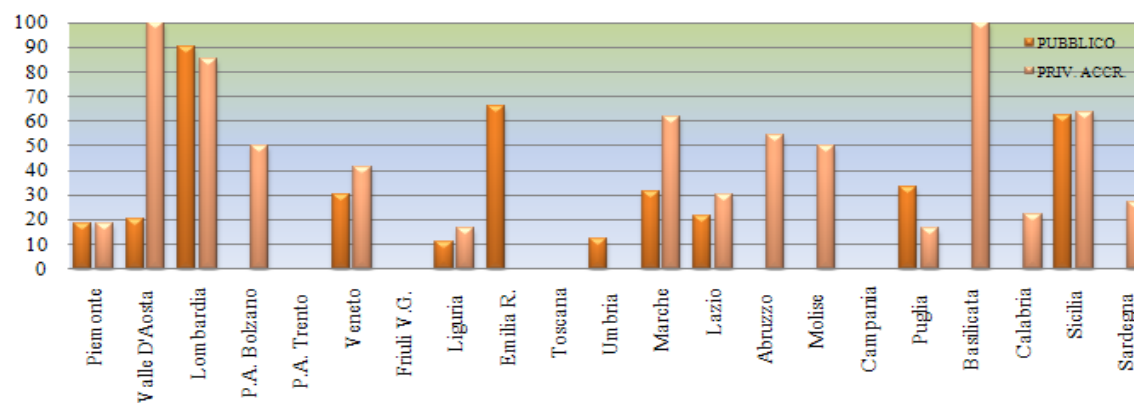
La lettura dei risultati deve essere effettuata con le dovute cautele in considerazione della mancata completezza della rilevazione soprattutto per quanto riguarda le informazioni relative alle strutture residenziali. A livello nazionale, nel biennio 2005-2006, si osserva nelle strutture pubbliche una diminuzione della percentuale di unità operative di degenza che hanno rilevato il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi percepiti. Si passa infatti da un valore medio nazionale del 46,1% nel 2005 al 41,6% del 2006. Viceversa nelle strutture private accreditate, di cui non sono disponibili i dati di alcune regioni, la percentuale rimane sostanzialmente stabile intorno al 76%, con valori superiori al valore nazionale (76,4%) in 5 regioni. L'indicatore relativo alle strutture residenziali pubbliche invece presenta valori nazionali inferiori al 30%; oscilla intorno al 44% il valore nazionale delle strutture private accreditate. Nel 2006, solo in 3 regioni (Lombardia, Emilia R., Sicilia) è stata effettuata la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in più del 60% delle unità operative di degenza delle strutture pubbliche, anche per quanto riguarda gli istituti privati accreditati sono 3 le regioni che hanno valutato il gradimento degli utenti nella maggior parte delle unità operative (>60%). Si osserva inoltre una certa disomogeneità a livello territoriale, sia per le unità operative degli istituti pubblici che privati accreditati, senza poter evidenziare un gradiente specifico. Per quanto riguarda l'indicatore relativo alle strutture residenziali, si ritiene necessario implementare la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in tutte le regioni (solo la Lombardia ed in parte la Sicilia registrano valori accettabili) sia per il pubblico che per il privato accreditato.

PERCENTUALE DI STRUTTURE RESIDENZIALI

	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2006			
	PUBBLICO	PRIV. ACCR.	PUBBLICO	PRIV. ACCR.	PUBBLICO		PRIV. ACCR.	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Strutt. resid. prot. dimissione protetta	totale strutture di ricovero	Strutt. resid. prot. dimissione protetta	totale strutture di ricovero
Piemonte	21,0	36,7	18,4	18,5	123	670	191	1.032
Valle D'Aosta	62,1	100,0	20,0	100,0	6	30	1	1
Lombardia	76,9	74,4	90,2	85,5	55	61	611	715
P.A. Bolzano	0,0	100,0	0,0	50,0	0	0	1	2
P.A. Trento	33,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	29,1	25,2	30,4	41,5	48	158	90	217
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	14,3	1,4	11,1	16,8	3	27	27	161
Emilia R.	54,0	n.d.	66,4	n.d.	77	116	n.d.	n.d.
Toscana	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Umbria	33,3	n.p.	12,5	n.p.	1	8	n.d.	n.d.
Marche	24,4	30,4	31,4	61,5	11	35	8	13
Lazio	23,1	38,4	21,4	29,9	6	28	29	97
Abruzzo	0,0	17,6	0,0	54,5	0	1	12	22
Molise	0,0	50,0	0,0	50,0	0	0	1	2
Campania	48,8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	31	n.d.	n.d.
Puglia	n.d.	n.d.	33,3	16,7	4	12	1	6
Basilicata	n.d.	n.d.	0,0	100,0	0	4	1	1
Calabria	0,0	50,0	0,0	22,2	0	0	4	18
Sicilia	0,0	0,0	62,5	63,5	10	16	40	63
Sardegna	0,0	27,3	0,0	27,3	0	1	3	11
ITALIA	27,1	44,3	28,7	43,2	344	1.198	1.020	2.361

Nota: n.p.= dati non pervenuti; n.d.= dati non disponibili

PERCENTUALE DI STRUTTURE RESIDENZIALI CHE HANNO RILEVATO IL GRADIMENTO DEGLI UTENTI RISPETTO ALLA QUALITA' DEI SERVIZI



Fonte dei dati e note

Ministero della salute - Regioni

PERCENTUALE DI SEGNALAZIONI/ RECLAMI RELATIVI AI TEMPI DI ATTESA

SIGNIFICATO

Dagli Assessorati regionali sono state fornite indicazioni sul numero di segnalazioni e/o reclami, pervenuti alle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere pubbliche, operanti nel proprio ambito territoriale, relativamente alle prestazioni erogate. E' stata inoltre fornita un'ulteriore specificazione, su quanti dei reclami pervenuti, fossero espressione di insoddisfazione degli utenti, per il tempo di attesa che intercorre dalla prenotazione all'erogazione di una prestazione. Le segnalazioni e/o i reclami qui considerati sono tutte quelle dichiarazioni di insoddisfazione, presentate dall'utente all'azienda, che sono formalmente ricevute e classificate dall'azienda stessa e alle quali solitamente fanno seguito repliche chiarificatrici sull'organizzazione del servizio. Le prestazioni oggetto di segnalazione e/o reclamo sono quelle relative alla specialistica ambulatoriale e al ricovero ospedaliero, per day hospital diagnostico e per ricovero ordinario programmato. L'indicatore qui considerato pone particolare attenzione alle dichiarazioni di insoddisfazione da parte degli utenti sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, che essendo spesso eccessivamente lunghi, costituiscono il nodo cruciale nell'organizzazione dei servizi sanitari. Dunque l'indicatore esprime il numero di segnalazioni/reclami pervenuti sui tempi di attesa eccessivi ogni 100 segnalazioni/reclami complessivamente ricevuti dall'azienda.

DESCRIZIONE RISULTATI

L'indagine condotta dal Ministero presso gli Assessorati regionali, sulle segnalazioni e/o reclami presentati dagli utenti alle aziende sanitarie pubbliche presenti nella Regione, non conta sui dati relativi alla regione Friuli V.G per il triennio 2004-2006.

Nel confronto tra le regioni spicca notevolmente la percentuale rilevata in Puglia (81,9%) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (67,6%) dove i reclami sui tempi di attesa rappresentano una consistente parte delle segnalazioni ed hanno subito un notevole incremento rispetto al passato. Tra i tassi più bassi vi sono invece quelli rilevati in Toscana (1%), Sardegna (1,2%), Umbria (1,5%) e Basilicata (1,8%) mentre il numero minimo di segnalazioni è in Umbria (2) seguita dalle Valle D'Aosta (3). Anche i raffronti temporali nell'ambito di una singola regione mostrano valori estremamente altalenanti, di cui non è facile avanzare chiare ipotesi interpretative.

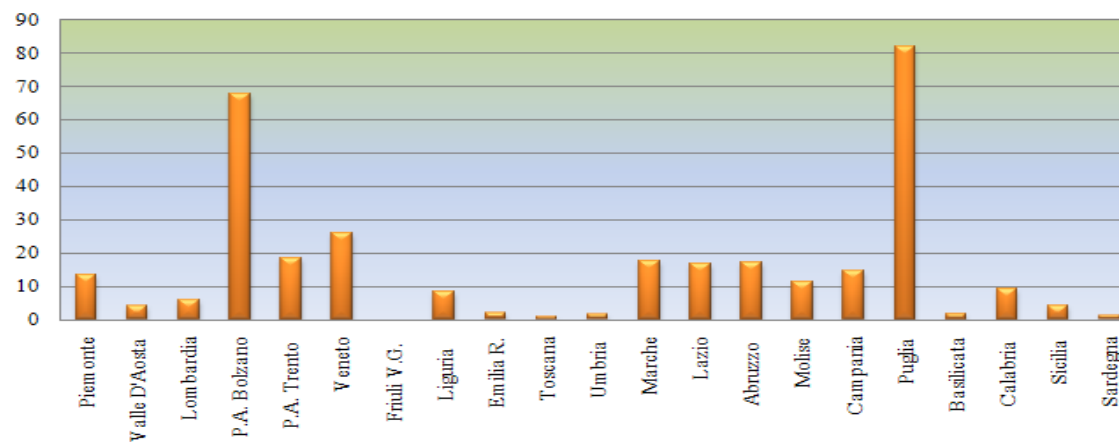
OSSERVAZIONI

Nelle aziende, non solo sanitarie, si sono andate sempre più affermando due attività chiave per meglio comprendere le necessità degli utenti/clienti e migliorare la qualità del servizio e/o prodotto offerto. Sono state introdotte le cosiddette indagini di customer satisfaction ed organizzata l'attività di ascolto dell'utenza. Le informazioni che si ottengono costituiscono uno spunto di riflessione per una valutazione della qualità dei servizi/prodotti erogati e per una eventuale rimodulazione degli stessi, sulla base del feedback che esse forniscono.

	ANNO 2004	ANNO 2005	ANNO 2006	ANNO 2006	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	PUBBLICO	
	PUBBLICO	PUBBLICO	PUBBLICO	Segnalazioni reclami sui tempi di attesa	Totale segnalazioni reclami
Piemonte	8,6	71,1	13,6	118	868
Valle D'Aosta	0,0	2,0	4,0	3	75
Lombardia	39,9	0,9	6,0	304	5.089
P.A. Bolzano	2,8	9,1	67,6	115	170
P.A. Trento	16,9	10,1	18,5	78	422
Veneto	8,0	8,6	26,1	444	1.700
Friuli V.G.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Liguria	11,4	8,6	8,5	127	1.499
Emilia R.	3,7	3,6	1,9	61	3.179
Toscana	1,5	1,0	1,0	37	3.726
Umbria	1,6	1,2	1,5	2	130
Marche	8,4	9,4	17,7	39	220
Lazio	24,0	12,4	16,8	177	1.055
Abruzzo	89,2	37,5	17,0	26	153
Molise	25,0	1,0	11,5	7	61
Campania	19,5	26,4	14,4	52	360
Puglia	10,2	27,5	81,9	1.099	1.342
Basilicata	32,0	n.d.	1,8	7	392
Calabria	19,7	13,9	9,3	102	1.092
Sicilia	5,1	5,2	4,2	67	1.600
Sardegna	23,0	10,4	1,2	6	509
ITALIA	9,8	7,6	12,1	2.871	23.642

Nota: Indicatore calcolato complessivamente per le prestazioni ospedaliere e quelle specialistiche ambulatoriali

PERCENTUALE DI SEGNALAZIONI O RECLAMI RELATIVI AI TEMPI DI ATTESA
(STRUTTURE PUBBLICHE) - ANNO 2006



Fonte dei dati e note

Ministero della salute - Regioni