

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2006

## **Rapporto Osservasalute 2005 "Bene, ma non meglio", così la salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane**

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste le conclusioni cui giunge il **Rapporto Osservasalute 2005**, 382 pagine di analisi di dati sulla salute e la qualità dell'assistenza nelle regioni italiane frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano** che collaborano con l'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** (che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma) e che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

Il nostro è un **Paese di anziani**: la quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate nel mondo. **Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo.** La quasi totalità delle Regioni del Nord Est e del Centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

In Italia **aumentano le aspettative di vita per entrambi i sessi: 76,5 anni gli uomini e 82,5 le donne.** Il rapporto fornisce i **dati distinti per provincia** dai quali emerge che Rimini e Macerata hanno il primato della speranza di vita per gli uomini con 78,2 anni e Ancona per le donne con 83,9 anni.

I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai

tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia circa il 30% del totale dei decessi. Essa costituisce la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono a un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero assoluto di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tuttavia tale crescita si è accompagnata, nel corso dell'**ultimo decennio**, a una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni con alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. È un fenomeno osservabile in tutte le Regioni, ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

“Quello che emerge dal Rapporto 2005 non è solo il consueto gradiente Nord-Sud - spiega il prof. **Walter Ricciardi**, Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma e Direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane - ma uno scenario più complesso e variegato”. Emergono cioè **i dati positivi complessivi** “che sottolineano come **le performance del nostro Sistema sanitario nazionale siano buone**, in alcune Regioni e **in alcuni settori addirittura eccellenti.** Ma se è necessario che questo livello di qualità sia riconosciuto e reso noto a tutti – prosegue il prof. Ricciardi -, a maggior ragione riteniamo, nello spirito di servizio che accompagna il nostro lavoro di ricercatori, sottolineare la necessità di una **valutazione ragionata degli aspetti critici. Tali criticità necessitano di interventi**, alcuni anche urgenti, di **miglioramento**, che ruotano attorno alla **necessità di un impegno coordinato in quei settori che mostrano eccessive variazioni interregionali**”.

Su alcuni fronti si registra una **carenza di dati statistici di qualità:** mentre nel caso dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza farmaceutica esistono flussi informativi e indicatori ben consolidati, in altri settori, **fa notare il prof. Gianfranco Damiani**, docente all'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica e membro della segreteria scientifica dell'Osservatorio, “la carenza di dati e informazioni è tale da impedire una compiuta analisi del sistema: è il caso degli stili di vita alimentari, che pure è noto hanno un elevato impatto su tumori e malattie cardiovascolari; è anche **il caso dell'assistenza territoriale che per la scarsità di dati disponibili difficilmente consente un monitoraggio di tipo né qualitativo né quantitativo**”.

Relativamente agli ambiti che necessitano di **interventi urgenti** basati su un coordinamento gli esempi non mancano. Si prenda il caso della **mortalità infantile:** per il **2002 il dato nazionale si attesta a 4,1 ogni 1000 nati vivi.** Ma se si guarda alle singole Regioni i dati indicano variazioni che vanno da un minimo di **2,0 in Toscana** – tra le più basse al mondo - a un massimo di **6,9 in Basilicata.**

Altrettanto critiche la variazioni riferite ai **parti cesarei**. “Il Ministero della Salute ha fissato il valore di riferimento dei parti cesarei al 20% del totale dei parti - sottolinea la prof.ssa **Roberta Siliquini**, docente presso l’Istituto di Igiene dell’Università di Torino e componente della segreteria scientifica dell’Osservatorio-: questo l’obiettivo da raggiungere secondo il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. **Nel 2003 più di un parto su tre è stato cesareo**: il valore nazionale è del 36,6 con un aumento rispetto al 1998 del 5,2%. Guardando alle **diverse realtà regionali si va dal 19,5 della provincia autonoma di Bolzano al 51,2 della Basilicata fino al 57,9 della Campania**”.

Il gradiente Nord-Sud perde in parte la sua unicità di significato su un altro fronte strategico come quello dello **screening dei tumori**: “**la Basilicata è nel Sud in assoluto all’avanguardia** – fa notare il dott. **Pietro Folino Gallo, segretario scientifico dell’Osservatorio** - **raggiungendo il 100% delle donne nella fascia di età 50-69 anni** nel suo programma regionale di screening per il tumore della mammella, patologia che costituisce la prima causa di morte nelle donne tra i 35 e i 69 anni. **Il dato atteso è che in ogni Regione la quasi totalità delle donne nella fascia di età 50-69 sia inserita in un programma di screening**, rispettando quanto disposto dai Livelli Essenziali di Assistenza; **attualmente invece solo la metà delle donne italiane è inserita in un programma di screening mammografico organizzato**.”

È insomma **necessario un coordinamento delle attività programmatiche delle Regioni** italiane che sono, e rappresenteranno sempre più, il fulcro decisionale delle attività messe in opera per la salute dei cittadini. “Occorre cioè che le scelte che le Regioni compiono siano coordinate **per evitare situazioni di larga eterogeneità come ad esempio quelle esistenti per i ticket farmaceutici**” esemplifica il **prof. Americo Cicchetti**, docente di Organizzazione aziendale presso l’Università di Chieti-Pescara e membro della segreteria scientifica di Osservasalute-: la Provincia Autonoma di **Trento senza l’applicazione del ticket** farmaceutico riesce a controllare la spesa lorda farmaceutica pro capite (174,24 euro), conseguendo eccellenti risultati in termini di appropriatezza prescrittiva mentre **la Regione Lazio**, applicando il ticket vede la sua spesa lorda pro capite attestarsi a **305,07**.

Nei casi in cui è intervenuto un **centro nazionale di coordinamento** per far fronte a gravi carenze come era quella dei **trapianti** in Italia, la situazione è rapidamente e drasticamente migliorata. Dai **329 donatori nel 1992 si è passati a 1.120 nel 2004**. L’Italia è oggi il secondo Paese in Europa per numero di donatori e questo risultato ha determinato un’importante ripercussione sui programmi di trapianto: in poco più di dieci anni sono quasi triplicati, passando **dai 1.083 effettuati nel 1992 ai 3.217 nel 2004**.

“Spetterà alle stesse Regioni – auspica in conclusione il prof. **Ricciardi** a nome dei ricercatori di Osservasalute - concordare le modalità di questa **necessaria attività di coordinamento, costruendo rapporti sinergici con le istituzioni centrali, che assumono entrambe un ruolo chiave nella salvaguardia dell’unitarietà e dell’equità del sistema**”.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295**  
Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703  
Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619

## **Rapporto Osservasalute 2005 “Atlante” della salute nelle Regioni italiane La migliore performance Regione per Regione**

### **Regione Piemonte: ottima l'organizzazione dei Day hospital oncologici**

**La Regione Piemonte registra una delle più alte percentuali di chemioterapie effettuate per leucemie non secondarie: l'82,6% contro il dato nazionale del 65,1%. Tutte le Regioni italiane presentano ampie casistiche e utilizzano il Day hospital per erogare tali prestazioni. L'analisi del numero degli accessi in Day hospital riferiti ai DRG oncologici, e quindi delle dimissioni, consente una valutazione dell'appropriato uso di questo tipo di ricovero, della correttezza della programmazione e più in generale dell'appropriatezza dell'intero setting assistenziale.**

I dati nazionali riferiti a questo indicatore e riferiti al 2003 presentano un elevato range: dieci Regioni, in prevalenza al centro-nord, presentano percentuali di Day hospital superiori alla media nazionale e altre undici inferiori. Analogamente molto elevato il range di accessi in Day hospital sul territorio nazionale. Simile variabilità si riscontra anche per altri DRG oncologici come per esempio quello riferito ai trattamenti radioterapici.

Tale variabilità riscontrata nelle diverse Regioni rispetto al numero di accessi per episodio di ricovero e alla percentuale di trasferimento in Day hospital dei DRG oncologici dimostra che i modelli assistenziali adottati per la gestione delle principali patologie oncologiche sono alquanto eterogenei nel nostro Paese, rispondendo a logiche fortemente condizionate dalle caratteristiche del contesto organizzativo e amministrativo di riferimento.

### **Valle d'Aosta: eccellente l'assistenza territoriale**

**Il dato emerge dai tassi standardizzati di ospedalizzazione medi annui per asma e complicanze a lungo termine per diabete (CLTD) riferiti al 2005, adulti, che sono in assoluto i più bassi d'Italia: 0,12 per l'asma e 0,31 per la CLTD contro una media nazionale rispettivamente di 0,25 e 0,24. Diabete mellito e asma bronchiale sono patologie cronico degenerative con noti fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte. La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutarne l'appropriata gestione, soprattutto in ambito territoriale, in termini di continuità di cura e atti formativi-educativi del paziente, orientati alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze sia acute sia croniche. Infatti questi ricoveri possono essere considerati potenzialmente evitabili in presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali. Dall'analisi delle Regioni emerge una variabilità in parte dovuta alle diverse prevalenze a livello locale di asma e diabete. Ma se da un lato nelle Regioni in cui si è evidenziato un elevato numero di ricoveri per queste patologie è necessario creare una integrazione tra assistenza primaria e assistenza ospedaliera, nonché la revisione dei punti focali del percorso del paziente**

affetto da patologie croniche, in Valle d'Aosta si registra un'eccellente integrazione tra ospedale e territorio, fungendo quest'ultimo in modo efficace da sede di riferimento per l'assistenza personalizzata finalizzata alla gestione della cronicità del paziente.

### **Regione Lombardia: al top per le attività di riabilitazione, efficace risposta ai bisogni di salute della popolazione**

**In particolare per gli over 75, ma a livelli elevati per tutte le fasce di età, il tasso di dimissione ospedaliera per riabilitazione della Regione Lombardia (nell'anno 2003: 37,1 per gli ultra settantacinquenni contro una media nazionale del 18,4) sta a indicare un'efficace pianificazione delle reti ospedaliere e territoriali anche in termini di dotazione di strutture specializzate sul fronte della riabilitazione, area in cui aumentano e si concentrano i bisogni dell'utenza in virtù del processo di invecchiamento della popolazione.** L'analisi dei dati delle diverse Regioni mostra una elevata variabilità. A tassi elevati di dimissione ospedaliera per riabilitazione corrispondono infatti una maggiore e adeguata attenzione nella pianificazione sanitaria, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione, per rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per acuti e più efficace l'integrazione ospedale territorio a garanzia dell'equità nell'accesso delle prestazioni sanitarie.

### **Provincia autonoma di Bolzano: è la provincia più "in linea"**

**Nella Provincia autonoma di Bolzano si registra la più bassa percentuale di persone obese, il 5,8% rispetto a una media nazionale dell'8,5%, e lo stesso per quanto attiene la percentuale di persone sovrappeso: 26,6% rispetto al valore nazionale che è pari al 33,5%.**

Il dato non ha valore estetico, ma di sanità pubblica. L'obesità infatti può essere definita una vera e propria patologia cronicodegenerativa, che nei Paesi industrializzati rappresenta la seconda causa di morte prevenibile e la prima causa di morte per almeno 300 mila morti all'anno. Dalle indagini di prevalenza condotte dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) americani emerge un aumento allarmante (dal 15 al 27% nel periodo 1980-1999, fino al 31% nel 2000) e un fenomeno analogo è stato registrato anche in Europa. In Italia, nell'ultimo decennio la prevalenza è aumentata del 50%, con un maggiore interessamento dei soggetti in età pediatrica e appartenenti alle classi socio-economiche più basse.

L'obesità rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per patologie metaboliche, a carico del sistema cardiovascolare, osteoarticolare, tumorale e respiratorio. È, inoltre, responsabile di un pesante fardello economico per la Sanità Pubblica: i costi diretti sono stimati in circa 23 miliardi di Euro, ripartiti tra assistenza sanitaria personale, assistenza ospedaliera, servizi medici e farmaci specifici per patologie correlate.

## **Trento: riesce a controllare la spesa farmaceutica senza ticket**

**È di 174,24 Euro la spesa lorda farmaceutica procapite nella Provincia autonoma di Trento, la più bassa in Italia: risultato che Trento riesce a ottenere senza applicare il ticket.**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Altra area di eccellenza della Provincia è l'aver attivato - unica esperienza in Italia - un sistema di sorveglianza integrato degli incidenti stradali. Si tratta di un sistema di "georeferenziazione" chiamato MITRIS ed è basato su un'infrastruttura informatica in grado di unificare in modo tempestivo e accurato, su base territoriale i flussi sanitari e quelli di rilevamento incidenti delle Forze dell'Ordine con georeferenziazione degli eventi, nonché dell'identificazione automatica delle situazioni di rischio.

## **Regione Veneto: qui il migliore utilizzo degli ospedali**

**Con la percentuale più bassa di ricoveri medici di un giorno (nel 2003 il 5,7%, praticamente la metà rispetto alla media nazionale che è del 10,5%) il Veneto è la Regione che mostra nei fatti l'appropriatezza dell'uso dell'ospedale, buone valutazioni cliniche e organizzazione assistenziale.**

I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale e sono nella maggioranza dei casi espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi territoriali alternativi al ricovero. Degli oltre 600.000 ricoveri medici di un giorno di degenza ordinaria effettuati in Italia, il 10,5% è di tipo internistico. Il range tra le Regioni varia molto con sette Regioni al di sopra della media nazionale e le restanti al di sotto. All'uso appropriato della degenza ordinaria di un solo giorno fanno seguito la riduzione del tasso di ospedalizzazione entro i limiti fissati dalle linee guida nazionali di programmazione nazionale (180 ogni 1000 abitanti) senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali e assistenziali assicurati ai cittadini, un miglior utilizzo delle risorse disponibili, e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità. Il corretto rapporto tra ospedale e territorio della Regione Veneto è testimoniato anche dal fatto che qui opera dal 1987 il primo Registro tumori regionale, aspetto essenziale per la valutazione dell'impatto in termini di mortalità e incidenza degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, indispensabile supporto per la sorveglianza di aree o popolazioni a elevato rischio ambientale e professionale.

## **Friuli Venezia Giulia: l'unica Regione con aziende sanitarie e ospedaliere in attivo**

**Nel 2002 un utile medio di 336.000 Euro per le 6 ASL e di 581.000 Euro per le 3 Aziende Ospedaliere friulane, in netta controtendenza rispetto ai valori negativi della media nazionale.**

L'utile o la perdita di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di un'azienda sanitaria: cioè la capacità della struttura aziendale di utilizzare razionalmente le risorse giungendo al bilancio tra costi e ricavi con l'obiettivo di rendere duratura la vita dell'azienda. Il principio di economicità nel contesto sanitario contempla non solo le capacità gestionali del management e dell'intera azienda, ma anche la dimensione della popolazione, la sua struttura socio-demografica (nel caso delle aziende sanitarie locali) e il bisogno di salute espresso in domanda di servizi ospedalieri in ricovero (nel caso dell'Azienda Ospedaliera).

La conferma delle ottime capacità gestionali economiche si ritrovano sul fronte di numerosi indicatori regionali: ad esempio il Friuli è la Regione con il tasso standardizzato di ospedalizzazione più basso in Italia (nel 2003 è stato del 120,5 per i ricoveri in regime ordinario e 39,7 per il Day hospital ogni 1000 abitanti); la mortalità infantile nel 2002 è stata tra le più basse in Italia, pari al 2,1 ogni 1000 abitanti; ha ridotto in modo marcato la mortalità per malattie cardiocircolatorie, essendo passato il valore dal 50,7 per il triennio 1991-93 al 38,4 per gli uomini e dal 32,3 al 24,3 nelle donne nello stesso periodo.

## **Liguria: è la Regione complessivamente più serena**

**La Regione Liguria ha complessivamente il più basso tasso di mortalità per suicidio in Italia: nel 2002 0,84 per gli uomini e 0,14 per le donne a fronte di un dato nazionale rispettivamente del 1,07 e 0,27.**

L'analisi della mortalità per suicidio è finalizzata a valutare, in modo indiretto, il livello di salute mentale della popolazione, nonché l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione degli episodi di acuzie (incluso il sistema di emergenza).

Si stima che il 90% dei suicidi siano associati a patologie psichiatriche gravi: psicosi schizofreniche, sindromi maniaco-depressive (disturbo bipolare), depressioni maggiori ricorrenti. Tra i determinanti cosiddetti "minori" sono invece le reazioni acute a seguito di eventi psico-sociali stressanti, la disoccupazione, l'alcolismo e/o l'abuso di sostanze stupefacenti, le malattie gravi e invalidanti, oltre all'età avanzata e il sesso maschile. Esistono inoltre alcuni fattori di rischio peculiari per specifiche fasce di età: negli adolescenti, il cosiddetto disagio giovanile; negli anziani, oltre ai motivi organici (decadimento delle funzioni vitali, etc.), la perdita del ruolo sociale, la solitudine, l'alterazione delle relazioni interpersonali con familiari e conoscenti. Sul fronte anziani la Liguria ha una popolazione di ultra sessantacinquenni superiore a un quarto del totale dei residenti: la popolazione con 65 e più anni è aumentata dal 2002 al 2004 del 26,3% pari a circa 415.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 12,8% pari a circa 202.000 persone.

## **Emilia Romagna: è la Regione con la speranza di vita alla nascita più lunga**

**Complessivamente l'Emilia Romagna per il triennio 1999-01 fa registrare per i maschi una mortalità del 97,5 (era del 115,6 per il triennio 1991-93) e per le femmine del 57,1 (era del 66,6 per il triennio 1991-93) rispetto ai valori nazionali, che sono rispettivamente del 103,5 e del 61,3. Per le donne inoltre si registra in questa Regione la più bassa mortalità in assoluto per malattie cardiocircolatorie.** Ma risultati lusinghieri si registrano per tutte le altre cause di morte prese in considerazione dal Rapporto Osservasalute, ben al di sotto dei valori nazionali.

Numerosi in questa Regione i dati positivi, distribuiti tra i diversi indicatori presi in esame da Osservasalute 2005: tra gli altri l'Emilia Romagna è tra le regioni anche ai primi posti per l'abbattimento nelle scuole delle barriere architettoniche per i disabili; sul fronte dei parti cesarei l'Emilia Romagna è la Regione che registra la crescita minore, +1,1% dal 1998 al 2003, rispetto a un aumento nazionale del 5,2% rispetto al 1998.

## **Toscana: è la Regione che ha diminuito maggiormente la mortalità infantile**

**Dal 1990 al 2002 si registra in Toscana una riduzione della mortalità infantile passata dal 6,5 per mille nel triennio 1990-92 al 2,9 nel triennio 2000-02.**

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita). Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura *proxy* della salute della popolazione, essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del territorio, e' quindi un indice della buona qualità dell'assistenza sanitaria. Numerose le conferme in questo senso nella Regione Toscana: sul fronte gestionale si registra un buon equilibrio di bilancio con un attivo di esercizio per le 3 aziende ospedaliere toscane.

Sul piano della prevenzione si registra un'efficace attività nei confronti del melanoma maligno, essendo attivo sin dai primi anni '90 un programma di prevenzione nei confronti di questa patologia con campagne di educazione sanitaria e di diagnosi precoce anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

## **Umbria: è la Regione che ha investito di più in formazione del personale**

**Oltre 1000 Euro nel 2001 la spesa procapite in formazione per il personale dipendente delle ASL nella Regione Umbria, a fronte di una media nazionale di 234 Euro.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e delle capacità di natura sia tecnico professionale sia gestionale. Il costo sostenuto per le attività formative rappresenta un indicatore della disponibilità dell'azienda a investire nel proprio sviluppo futuro attraverso un investimento fatto sul capitale intellettuale del personale. Nei costi presi in esame sono inclusi anche i programmi accreditati di Educazione Continua in Medicina promossi in ambito aziendale e finanziati dalla stessa azienda per l'aggiornamento del personale medico, al fine di renderlo sempre più preparato sul piano clinico e gestionale.

A conferma della buona qualità dell'assistenza sanitaria, tra gli altri dati, il proxy costituito dalla bassa mortalità infantile. In Umbria il tasso di mortalità infantile per il 2002 è del 2,1, la più bassa in Italia insieme con il Friuli, nettamente più bassa rispetto al dato nazionale che è del 4,1.

## **Marche: è la Regione che ha il più alto tasso di donatori d'organo**

**La Regione Marche ha dimostrato nel 2004 di essere una Regione donatrice: il progressivo aumento dei donatori è confermato dal tasso annuale di donazione: 36 per 1.000.000 di residenti con 53 donatori effettivi e 32,6 per 1.000.000 di residenti con 48 donatori utilizzati.**

Le ragioni di questo eccellente risultato stanno nel fatto che gli ospedali sono stati più motivati all'attività di prelievo e nelle rianimazioni c'è stata una migliore identificazione dei potenziali donatori, oltre al fatto che hanno migliorato le loro performance i singoli Coordinatori locali.

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

Tra le aree di eccellenza delle Regione Marche si segnala l'attivazione in quasi tutti gli ospedali della Regione di programmi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, dato che le Marche condividono con la Regione Friuli.

## **Lazio: è la Regione con il più elevato tasso di inserimento di bambini disabili nella scuola**

**Con una percentuale del 2,36% di alunni con disabilità rispetto al totale degli alunni nell'anno scolastico 2002-03 la Regione Lazio guida la classifica delle Regioni per l'inserimento di alunni disabili nelle scuole statali.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il risultato, importante, segna la continuità tra il dato della disabilità e la volontà di superare la mera diagnosi medica della stessa, per offrire un ambiente che non discrimina, cioè una soluzione dei problemi oggettivi che incontrano nel quotidiano le persone menomate nelle funzioni e strutture corporee. La logica conseguenza è nella trasposizione dell'idea di salute in benessere fisico, psichico e sociale, superando lo stereotipo secondo cui solo gli interventi medici sono appropriati verso un processo di piena inclusione sociale. In Italia è 1,92 il tasso medio di inserimento di alunni con disabilità nelle scuole statali nell'anno scolastico 2002-03.

### **In Abruzzo il tasso di posti letto nei DEA è il doppio della media nazionale**

**Nella Regione Abruzzo il tasso di posti letto nei Dipartimenti Emergenza e Accettazione è di 1,32 mentre quello nazionale è di 0,61, riferito al 2003. Questo consente alla Regione Abruzzo una eccellente copertura delle emergenze.**

Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (DEA) rappresenta il secondo livello di intervento le cui funzioni principali sono quelle di assicurare i primi accertamenti e interventi diagnostico-terapeutico di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici necessari alla stabilizzazione dei pazienti. L'obiettivo è quello di assicurare una risposta rapida, completa e in collegamento con le strutture operanti sul territorio. Gli ospedali sedi di DEA di secondo livello sono inoltre in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dai DEA di primo livello, le funzioni di alta specialità legate all'emergenza, quali la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica.

### **Regione Molise: all'avanguardia nella prevenzione**

**La Regione Molise ha il più alto tasso di centri antifumo per abitante, 1,2 rispetto allo 0,5 della media nazionale, e sul fronte delle vaccinazioni ha debellato la rosolia, con un tasso di notifica nel 2002, pari a zero.**

Conseguentemente con la crescente attenzione per la disassuefazione da fumo, negli ultimi anni in Italia si è assistito a una continua espansione della rete dei Centri Antifumo, tra Ospedali, ASL e Centri della Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT). Dalla collaborazione tra Ministero della Salute e coordinamento tecnico delle Regioni sul tabagismo congiuntamente all'Istituto Superiore di Sanità è nato un progetto di ricerca per il potenziamento delle offerte di sostegno ai fumatori, con la finalità di ottenere dati omogenei e confrontabili nelle diverse realtà regionali. La Regione Molise guida la lotta contro il fumo che è la principale causa di morte prevedibile e rappresenta uno dei più importanti problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Dal rapporto sul fumo in Italia 2004 del Dipartimento del farmaco dell'Istituto Superiore della Sanità emerge che nel nostro Paese nell'ultimo anno è aumentato il numero delle persone che hanno smesso di fumare (dal 16,6% nel 2003 al 17,9% nel 2004).

## **In Campania il saldo naturale della popolazione è attivo**

**Nel periodo 2002-2004 il saldo naturale della popolazione campana è di +3,1 (il dato nazionale è -0,3) con una natalità dell'11,3, il più elevato in Italia dove il dato è di 9,5. Nello stesso periodo in Campania si registra uno dei più alti indici di fecondità nazionali: 44,3 rispetto al dato nazionale che è pari al 38,6.**

La dinamica della popolazione residente in un determinato territorio e le sue componenti naturali (nascite e morti) e migratorie costituiscono un importante indicatore della sua vitalità demografica e, più indirettamente, di quella socio-economica.

L'indice di fecondità è calcolato sulla base del rapporto tra il numero di bambini in età tra 0 e 4 anni e il numero di donne in età feconda (15-49 anni), suddiviso sui cinque anni nei quali quei bambini sono nati, a meno degli effetti della mortalità infantile e di quella fino al quinto compleanno.

Sul fronte della popolazione è significativo in Regione Campania nel periodo 2002-2004 l'aumento della popolazione anziana con 65 e più anni che è cresciuta del 14,8% pari a circa 852.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 6,4% pari a circa 368.000 persone.

Nel 2002 in Campania si registra il più basso tasso standardizzato di mortalità per suicidio tra gli uomini (0,62 rispetto all'1,07 nazionale).

## **Puglia: nel 2004 il più basso tasso di incidenza di AIDS**

**Nel 2004 il tasso di incidenza di AIDS nella Regione Puglia è stato dello 0,51, il più basso in assoluto in Italia, dove il tasso è pari al 2,85. Il tasso di incidenza dell'AIDS è un valido strumento informativo che permette di valutare in termini di efficienza ed efficacia i programmi di prevenzione, di promozione della salute, di strategie diagnostiche e terapeutiche.**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996-1997 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend temporale osservato coincide con l'introduzione in Italia dei farmaci antiretrovirali, che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi, comportando così un aumento della quota di soggetti sieropositivi.

Per quanto concerne le modalità di trasmissione, occorre evidenziare che il 59% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti e tossicodipendenti/omosessuali). Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale dei casi a trasmissione sessuale associato a una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili ad altre cause.

## **Basilicata: eccellenza nella prevenzione tumori, ma non solo**

**Sul fronte dello screening dei tumori la Basilicata è nel Sud in assoluto all'avanguardia, raggiungendo il 100% delle donne nella fascia di età 50-69 anni con il suo programma regionale di screening per il tumore della mammella avviato nel 1999 per questa patologia, che costituisce la prima causa di morte nelle donne tra i 35 e i 69 anni. In Basilicata è anche attivo**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**dal 1999 un programma unico regionale di screening per il tumore della cervice uterina e dal 2005 sul cancro del colon-retto.**

Il dato atteso è che in ogni Regione la quasi totalità delle donne nella fascia di età 50-69 sia inserita in un programma di screening rispettando quanto disposto dai Livelli Essenziali di Assistenza, mentre attualmente solo la metà delle donne italiane è inserita in un programma di screening mammografico organizzato.

Il tasso standardizzato di incidenza per tutti i tumori (nuovi casi per 100.000 abitanti nel 2005) in Regione Basilicata è nei maschi pari a 318, mentre il dato nazionale è di 356 e per le femmine di 225 rispetto al dato nazionale che è di 266. Molto bassa la mortalità per tumori: per il triennio 1999-01 per i maschi è stata del 26,4% e per le femmine del 14,0. Questi numeri sono tra i più bassi in Italia e più bassi rispetto ai dati riferiti alla media nazionale che sono rispettivamente del 33,8% e del 17,3.

Altro dato importante è la percentuale di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio: nel 2003 in Basilicata si registra il dato più basso pari allo 0,06 mentre la media nazionale è 0,17. Il rapporto tra il numero di ricoveri di tipo TSO e il totale dei ricoveri rappresenta un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici. Essendo il TSO una modalità d'intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema sanitario capace dell'assistenza "ordinaria" dei pazienti (anche gravi), questo indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi terapeutici e riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di Salute Mentale.

### **Calabria: azzerati i casi di sifilide**

**Nessun caso di sifilide notificato nel 2002: la Calabria è l'unica Regione a ottenere questo risultato, migliorando di molto la diminuzione che pure si registra in tutta Italia.** Il dato nazionale infatti mostra una riduzione dei casi di sifilide del 51,72% nel 2002 rispetto al 1993. Marcata in Calabria anche la riduzione dei casi di gonorrea, che dal confronto tra gli anni presi in considerazione è del 20% mentre il dato nazionale fa registrare una riduzione del 14,06%.

Buoni i risultati sul fronte tumori. La Regione Calabria registra un tasso standardizzato di incidenza per tutti i tumori (nuovi casi per 100.000 abitanti nel 2005) nei maschi pari a 275, mentre il dato nazionale è di 356 e per le femmine di 202 rispetto al 266 nazionale. Bassa la mortalità per tumori: per il triennio 1999-01 per i maschi è stata del 25,7% e per le femmine del 13,7. Questi numeri sono i più bassi in Italia e più bassi rispetto ai dati riferiti alla media nazionale, che sono rispettivamente del 33,8% e del 17,3.

### **In Sicilia la provincia con la più bassa mortalità per tumore**

**È Enna la provincia con la più bassa mortalità per tumori: 23,2 per gli uomini rispetto alla media italiana che è 33,8 e 12,6 per le donne, per le quali il dato nazionale è di 17,3. Ma il dato è particolarmente basso in tutte le province siciliane, complessivamente molto inferiore a quello nazionale.**

La Regione Sicilia registra un tasso standardizzato di incidenza per tutti i tumori (nuovi casi per 100.000 abitanti nel 2005) nei maschi pari a 287, mentre il dato



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



nazionale è di 356 e per le femmine di 191 rispetto al 266 nazionale: dato quest'ultimo che segna la più bassa incidenza in Italia.

### **La Sardegna è la Regione con la percentuale più bassa di persone anziane che vivono da sole**

**In Sardegna, nel 2004, si stima che siano 48.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -21,4% e costituisce il 7,8% del totale delle famiglie sarde. Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 31.000 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -13,4% e costituisce il 5,0% del totale delle famiglie sarde: di queste l'81,3% sono donne.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno e assistenza.

Per quanto riguarda la Sardegna, la popolazione con 65 e più anni nel periodo 2002-2004 è aumentata del 16,7% pari a circa 274.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 7,4% pari a circa 122.000 persone.

**Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295**

Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703

Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619

**Tabella 1 - Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000**

Regione/Provincia		1991-93		1998-2000	
		M	F	M	F
<b>Piemonte</b>					
TO	Torino	74,2	80,8	76,7	82,6
VC	Vercelli	72,8	80,4	75,1	82,2
VB	Verbano-Cusio- Os.	-	-	75,6	82,3
NO	Novara	72,9	80,4	76,3	82,2
CN	Cuneo	73,9	80,9	76,1	82,0
AT	Asti	74,5	80,8	76,2	82,1
AL	Alessandria	73,9	80,6	76,2	81,6
BI	Biella	-	-	75,2	81,8
<b>Valle d'Aosta</b>					
AO	Aosta	72,5	81,0	74,1	82,2
<b>Liguria</b>					
IM	Imperia	74,0	80,6	76,1	82,0
SV	Savona	74,4	81,3	76,2	82,1
GE	Genova	73,7	80,6	76,6	82,7
SP	La Spezia	75,1	81,7	76,8	82,6
<b>Lombardia</b>					
VA	Varese	73,6	81,7	76,8	83,4
CO	Como	73,6	81,3	76,4	83,0
SO	Sondrio	72,1	81,3	75,1	83,3
MI	Milano	73,6	81,0	76,8	82,9
LO	Lodi	-	-	74,1	81,2
LC	Lecco	-	-	76,8	83,1
BG	Bergamo	72,8	80,7	75,5	82,3
BS	Brescia	73,0	81,7	75,7	83,2
PV	Pavia	72,1	79,7	75,2	82,3
CR	Cremona	72,1	80,2	75,5	82,2
MN	Mantova	73,6	81,3	76,5	83,3
<b>Trentino-Alto Adige</b>					
BZ	Bolzano	74,4	81,8	76,8	83,2
TN	Trento	73,8	81,9	76,9	83,7
<b>Veneto</b>					
VR	Verona	74,0	81,4	76,9	83,6
VI	Vicenza	74,0	81,5	76,6	83,5
BL	Belluno	72,8	81,0	75,1	82,9
TV	Treviso	74,5	82,2	76,9	83,5
VE	Venezia	74,0	81,5	76,3	83,1
PD	Padova	74,4	81,9	77,2	83,4
RO	Rovigo	73,6	81,1	75,7	82,6
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>					
UD	Udine	72,9	81,0	76,3	82,8
GO	Gorizia	73,8	81,2	75,5	82,5
TS	Trieste	73,6	80,4	76,0	81,1
PN	Pordenone	74,2	81,5	76,5	83,7
<b>Emilia-Romagna</b>					
PC	Piacenza	73,5	81,0	76,2	82,7
PR	Parma	74,2	81,4	76,7	83,6
RE	Reggio Emilia	75,3	81,8	77,2	83,8
MO	Modena	75,0	81,7	77,3	83,7
BO	Bologna	75,1	81,4	77,2	83,4
RN	Rimini	-	-	78,2	83,6

FE	Ferrara	73,6	80,8	76,2	81,9
RA	Ravenna	75,6	82,4	77,4	82,9
FO	Forli-Cesena	75,6	82,3	77,6	83,8
<b>Marche</b>					
PS	Pesaro-Urbino	75,7	82,5	77,2	83,1
AN	Ancona	76,3	82,1	77,8	83,9
MC	Macerata	76,0	82,2	78,2	83,6
AP	Ascoli Piceno	76,2	81,7	78,0	83,5
<b>Toscana</b>					
MS	Massa Carrara	73,8	81,2	75,5	82,5
LU	Lucca	74,1	80,8	76,0	82,3
PT	Pistoia	75,2	81,6	77,2	83,2
FI	Firenze	75,8	82,0	78,1	83,5
PO	Prato	75,8	82,0	78,1	83,3
LI	Livorno	74,5	80,8	77,1	82,8
PI	Pisa	75,0	81,4	77,6	82,4
AR	Arezzo	76,1	82,0	77,6	83,1
SI	Siena	76,2	81,5	78,0	83,7
GR	Grosseto	74,8	80,6	76,6	82,9
<b>Umbria</b>					
PG	Perugia	75,3	81,9	78,0	83,4
TR	Terni	75,6	81,2	77,0	83,0
<b>Lazio</b>					
VT	Viterbo	74,5	80,6	76,3	82,4
RI	Rieti	75,0	80,3	76,2	82,2
RM	Roma	74,3	80,6	76,6	82,2
LT	Latina	74,3	80,7	75,8	82,3
FR	Frosinone	75,6	80,9	76,4	82,9
<b>Campania</b>					
CE	Caserta	72,5	78,2	74,6	80,6
BN	Benevento	74,9	81,1	76,3	82,5
NA	Napoli	71,9	77,8	74,2	80,1
AV	Avellino	75,4	81,4	77,0	82,2
SA	Salerno	74,8	80,4	76,4	81,9
<b>Abruzzo</b>					
AQ	L'Aquila	74,6	81,1	76,9	83,1
TE	Teramo	75,4	81,8	77,1	83,3
PE	Pescara	75,1	80,9	77,1	82,9
CH	Chieti	76,3	81,2	77,7	82,7
<b>Molise</b>					
CB	Campobasso	75,4	80,9	76,8	82,8
IS	Isernia	75,3	82,2	76,2	82,3
<b>Puglia</b>					
FG	Foggia	75,4	80,7	76,7	81,9
BA	Bari	75,4	80,6	77,3	82,1
TA	Taranto	74,7	79,9	77,2	82,0
BR	Brindisi	74,8	80,7	76,7	82,4
LE	Lecce	75,1	81,0	77,1	82,7
<b>Basilicata</b>					
PZ	Potenza	75,9	80,6	77,1	82,5

MT	Matera	75,8	80,8	77,5	81,5
<b>Calabria</b>					
CS	Cosenza	75,9	80,7	77,3	82,1
CZ	Catanzaro	75,2	80,8	77,2	82,3
RC	Reggio Calabria	74,0	80,1	76,6	82,6
KR	Crotone	-	-	76,4	81,0
VV	Vibo Valentia	-	-	77,6	82,4
<b>Sicilia</b>					
TP	Trapani	75,5	80,0	76,2	82,4
PA	Palermo	74,1	79,2	75,7	80,8
ME	Messina	74,2	79,5	76,7	82,2
AG	Agrigento	75,4	80,2	76,2	81,7
CL	Caltanissetta	73,9	78,8	75,3	80,4
EN	Enna	75,0	79,1	76,1	81,2
CT	Catania	73,3	78,9	76,4	81,1
RG	Ragusa	75,6	80,3	77,0	81,4
SR	Siracusa	74,1	79,5	75,8	81,2
<b>Sardegna</b>					
SS	Sassari	74,4	81,3	76,4	82,6
NU	Nuoro	74,3	80,7	75,4	82,9
CA	Cagliari	74,0	80,9	76,5	83,0
OR	Oristano	74,0	80,9	76,7	83,6
<b>Italia</b>					
	<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>
	Dev.St.	1,1	0,6	0,9	0,7
	CV*100 (1)	1,4	0,8	1,2	0,8

**Tabella 3 - Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Femmine**

Regione / Provincia		Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Piemonte</b>	<b>33,8</b>	<b>27,0</b>	<b>19,5</b>	<b>18,3</b>	<b>3,7</b>	<b>2,9</b>	<b>16,0</b>	<b>15,3</b>
TO	Torino	33,1	26,0	19,4	18,1	3,9	2,9	15,5	14,8
VC	Vercelli	37,5	29,3	21,0	18,4	3,3	2,7	16,9	14,6
VB	Verbano-C-O	35,1	27,9	21,0	20,6	3,2	2,3	15,2	13,9
NO	Novara	34,1	26,8	20,0	18,3	3,4	2,4	15,5	15,4
CN	Cuneo	33,7	27,1	18,6	17,9	3,8	3,5	17,2	16,6
AT	Asti	35,9	29,2	18,9	16,7	3,7	3,4	15,3	13,7
AL	Alessandria	33,1	28,4	20,0	19,7	3,5	2,6	15,7	17,0
BI	Biella	34,7	27,3	19,2	17,6	3,5	2,9	17,9	16,5
	<b>Valle d'Aosta</b>	<b>33,4</b>	<b>24,8</b>	<b>17,6</b>	<b>19,4</b>	<b>4,4</b>	<b>3,6</b>	<b>16,7</b>	<b>14,7</b>
AO	Aosta	33,4	24,8	17,6	19,4	4,4	3,6	16,7	14,7
	<b>Liguria</b>	<b>32,0</b>	<b>24,8</b>	<b>19,5</b>	<b>18,1</b>	<b>3,3</b>	<b>2,3</b>	<b>16,6</b>	<b>16,3</b>
IM	Imperia	32,1	27,2	18,1	17,7	3,8	2,8	18,3	18,0
SV	Savona	31,7	25,9	18,8	19,1	3,3	2,8	16,2	15,2
GE	Genova	32,2	24,0	20,3	18,2	3,3	2,1	17,0	17,2
SP	La Spezia	31,4	24,2	18,4	16,5	2,9	2,1	13,8	12,7
	<b>Lombardia</b>	<b>31,2</b>	<b>25,0</b>	<b>21,4</b>	<b>19,3</b>	<b>3,0</b>	<b>2,2</b>	<b>15,1</b>	<b>13,3</b>
VA	Varese	31,4	26,0	19,5	17,4	2,4	1,9	14,4	12,5
CO	Como	29,8	24,7	21,8	19,2	2,8	2,1	14,7	13,0
SO	Sondrio	28,9	22,3	20,8	18,4	3,5	2,6	14,7	13,6
MI	Milano	29,5	24,0	22,1	20,2	3,1	2,2	15,1	13,4
LO	Lodi	37,9	27,0	23,7	22,3	3,0	2,2	19,3	14,8
LC	Lecco	32,2	25,5	19,8	17,5	2,3	2,2	14,1	12,8
BG	Bergamo	31,4	24,8	23,0	20,4	2,8	2,2	15,8	13,5
BS	Brescia	30,2	24,6	20,4	18,6	2,9	2,2	13,8	12,6
PV	Pavia	37,0	28,3	21,5	19,0	3,4	2,9	16,9	15,3
CR	Cremona	36,0	28,7	22,3	19,2	3,4	2,2	16,3	14,1
MN	Mantova	32,4	24,4	19,1	16,8	3,5	2,4	14,8	12,0
	<b>Trentino-A.A.</b>	<b>30,5</b>	<b>24,8</b>	<b>19,7</b>	<b>18,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,6</b>	<b>13,3</b>	<b>10,4</b>
BZ	Bolzano	30,7	24,9	20,2	18,2	3,0	1,8	12,2	10,6
TN	Trento	30,4	24,8	19,3	17,9	2,9	1,3	14,3	10,3
	<b>Veneto</b>	<b>30,2</b>	<b>23,5</b>	<b>19,2</b>	<b>17,6</b>	<b>3,2</b>	<b>2,5</b>	<b>14,9</b>	<b>13,3</b>
VR	Verona	30,7	24,3	18,8	16,6	3,3	2,5	15,3	13,3
VI	Vicenza	32,3	24,2	18,9	16,9	3,5	2,3	14,4	13,3
BL	Belluno	30,0	22,4	19,5	18,4	3,8	3,1	16,1	13,7
TV	Treviso	28,9	23,3	18,4	17,3	3,1	2,4	13,8	13,2
VE	Venezia	28,9	23,4	20,9	18,7	2,9	2,5	15,1	12,7
PD	Padova	29,2	21,9	18,8	18,0	3,1	2,4	15,2	13,7
RO	Rovigo	33,4	26,4	19,4	17,8	3,2	2,7	15,5	14,0
	<b>Friuli-V.G.</b>	<b>32,3</b>	<b>24,3</b>	<b>21,5</b>	<b>19,6</b>	<b>3,5</b>	<b>2,8</b>	<b>15,7</b>	<b>13,9</b>
UD	Udine	32,5	23,8	20,9	19,8	3,2	2,8	15,4	13,2
GO	Gorizia	30,4	24,9	22,6	20,8	3,0	2,1	14,9	13,5
TS	Trieste	34,3	26,1	23,0	20,4	4,6	3,2	17,8	16,6
PN	Pordenone	30,3	22,8	20,2	17,7	3,0	2,4	14,2	12,6
	<b>Emilia-Romagna</b>	<b>29,6</b>	<b>23,5</b>	<b>19,9</b>	<b>18,2</b>	<b>3,2</b>	<b>2,5</b>	<b>13,9</b>	<b>12,8</b>
PC	Piacenza	34,8	24,5	20,1	19,5	3,2	2,6	13,0	12,1
PR	Parma	29,4	23,8	20,7	19,2	3,0	2,2	14,3	13,0
RE	Reggio Emilia	29,5	24,1	19,2	16,9	3,4	2,4	14,0	12,5
MO	Modena	28,4	23,1	19,5	17,4	3,0	2,2	14,8	13,1
BO	Bologna	29,8	22,7	20,5	18,6	3,3	2,6	14,1	13,6
RN	Rimini	28,4	22,4	19,7	17,3	2,9	2,0	13,2	10,8

FE	Ferrara	33,9	26,6	20,7	19,0	2,9	3,3	15,8	14,3
RA	Ravenna	26,8	22,7	17,5	18,0	3,5	3,0	12,2	12,0
FO	Forlì-Cesena	26,2	23,1	20,3	17,8	3,0	2,4	12,4	10,9
	<b>Marche</b>	<b>30,3</b>	<b>24,0</b>	<b>17,6</b>	<b>16,0</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>13,9</b>	<b>11,7</b>
PS	Pesaro-Urbino	29,2	23,2	17,4	16,6	2,7	2,9	14,8	12,8
AN	Ancona	29,5	23,3	18,4	16,6	3,1	2,5	13,3	11,5
MC	Macerata	31,1	24,5	17,3	16,0	3,0	2,6	12,9	10,9
AP	Ascoli Piceno	31,7	25,3	16,9	14,6	3,4	2,3	14,8	11,4
	<b>Toscana</b>	<b>31,5</b>	<b>25,2</b>	<b>19,0</b>	<b>17,0</b>	<b>3,2</b>	<b>2,3</b>	<b>14,6</b>	<b>13,1</b>
MS	Massa Carrara	31,5	26,0	18,1	17,1	2,5	2,2	17,8	15,1
LU	Lucca	33,5	27,3	19,8	17,3	3,5	2,5	15,8	14,1
PT	Pistoia	32,5	25,6	19,1	17,3	3,1	1,8	12,2	11,9
FI	Firenze	29,5	22,0	19,4	16,8	3,2	2,4	14,5	13,0
PO	Prato	28,4	24,1	18,9	17,0	2,4	2,5	13,4	12,1
LI	Livorno	32,4	27,2	19,2	17,6	4,1	2,1	15,2	13,5
PI	Pisa	33,3	27,6	19,0	16,7	3,1	2,2	13,7	13,7
AR	Arezzo	30,6	26,2	18,2	16,6	3,6	2,6	14,8	13,1
SI	Siena	33,2	25,4	18,5	16,4	2,8	2,0	13,4	11,6
GR	Grosseto	32,5	26,7	19,1	17,1	3,3	2,3	16,2	12,9
	<b>Umbria</b>	<b>32,9</b>	<b>25,3</b>	<b>17,7</b>	<b>16,1</b>	<b>3,1</b>	<b>2,2</b>	<b>14,7</b>	<b>12,4</b>
PG	Perugia	32,2	24,8	17,9	16,2	3,1	2,2	14,1	12,1
TR	Terni	34,7	26,5	17,3	15,9	3,0	2,0	16,1	13,2
	<b>Lazio</b>	<b>33,7</b>	<b>27,7</b>	<b>19,7</b>	<b>17,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,0</b>	<b>16,5</b>	<b>14,1</b>
VT	Viterbo	35,7	27,7	19,7	16,9	3,1	2,7	17,8	14,3
RI	Rieti	37,6	29,1	15,8	15,4	3,8	2,5	16,9	14,1
RM	Roma	32,3	27,0	20,7	18,4	3,7	3,1	16,8	14,5
LT	Latina	36,1	29,7	18,1	16,3	3,3	3,2	15,6	13,2
FR	Frosinone	39,5	31,2	14,8	14,2	2,9	2,5	14,1	12,1
	<b>Campania</b>	<b>44,6</b>	<b>36,0</b>	<b>16,5</b>	<b>16,7</b>	<b>2,4</b>	<b>2,2</b>	<b>21,4</b>	<b>18,3</b>
CE	Caserta	48,9	39,8	16,9	16,5	2,5	2,4	22,4	18,4
BN	Benevento	39,7	31,2	13,4	14,2	2,6	2,0	16,3	13,3
NA	Napoli	48,0	38,1	18,4	18,3	2,5	2,3	24,2	20,8
AV	Avellino	38,1	33,0	12,9	13,1	2,1	2,1	16,2	14,3
SA	Salerno	39,4	32,0	14,6	15,5	2,2	2,3	18,3	16,0
	<b>Abruzzo</b>	<b>34,7</b>	<b>25,7</b>	<b>15,5</b>	<b>14,6</b>	<b>3,0</b>	<b>2,4</b>	<b>16,1</b>	<b>13,7</b>
AQ	L'Aquila	35,0	25,1	16,2	15,0	2,8	2,1	16,9	13,1
TE	Teramo	33,7	26,4	15,5	14,3	2,4	2,3	15,3	12,2
PE	Pescara	34,3	24,3	16,6	14,8	3,7	2,6	16,4	14,2
CH	Chieti	35,5	26,7	14,2	14,2	3,1	2,7	16,0	15,0
	<b>Molise</b>	<b>36,0</b>	<b>28,3</b>	<b>14,6</b>	<b>13,7</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>15,6</b>	<b>13,8</b>
CB	Campobasso	37,4	27,9	14,6	13,6	3,3	2,5	16,6	14,0
IS	Isernia	32,9	29,3	14,4	14,1	2,7	2,0	13,6	13,5
	<b>Puglia</b>	<b>35,5</b>	<b>27,7</b>	<b>16,0</b>	<b>15,4</b>	<b>2,8</b>	<b>2,5</b>	<b>19,1</b>	<b>16,2</b>
FG	Foggia	36,3	29,1	16,1	14,6	3,1	2,9	17,2	15,7
BA	Bari	35,3	27,0	15,9	15,7	2,6	2,4	20,2	17,2
TA	Taranto	36,6	28,9	16,8	16,2	3,4	2,7	20,1	16,9
BR	Brindisi	36,9	28,0	16,2	14,8	3,2	2,3	17,9	15,3
LE	Lecce	33,9	26,7	15,5	15,1	2,5	2,2	18,9	14,7
	<b>Basilicata</b>	<b>41,4</b>	<b>30,8</b>	<b>14,5</b>	<b>14,0</b>	<b>2,5</b>	<b>2,7</b>	<b>18,0</b>	<b>14,5</b>
PZ	Potenza	41,8	30,3	14,4	13,5	2,6	2,6	17,8	14,3

MT	Matera	40,6	32,0	14,9	15,2	2,3	2,9	18,3	15,0
	<b>Calabria</b>	<b>41,8</b>	<b>32,5</b>	<b>13,6</b>	<b>13,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,2</b>	<b>18,0</b>	<b>14,9</b>
CS	Cosenza	44,2	33,3	13,4	13,1	2,7	2,7	16,9	14,1
CZ	Catanzaro	40,1	31,7	13,4	13,7	2,9	2,2	16,1	14,9
RC	Reggio Calabria	40,3	31,9	14,2	14,5	2,7	1,9	19,0	15,4
KR	Crotone	45,8	34,4	14,3	13,7	3,1	2,2	23,2	17,0
VV	Vibo Valentia	39,0	32,2	12,4	13,9	2,5	1,8	19,1	14,9
	<b>Sicilia</b>	<b>42,5</b>	<b>33,6</b>	<b>16,2</b>	<b>15,4</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>21,6</b>	<b>17,1</b>
TP	Trapani	42,7	32,4	15,3	14,3	3,0	2,6	17,4	14,6
PA	Palermo	37,7	32,2	17,0	16,9	2,6	2,6	24,6	20,3
ME	Messina	42,0	32,7	16,3	14,8	2,4	2,1	21,1	14,5
AG	Agrigento	43,3	33,9	13,8	14,2	2,5	2,8	19,1	15,6
CL	Caltanissetta	46,5	37,8	14,5	15,6	2,4	2,6	24,7	19,2
EN	Enna	47,8	38,4	15,5	12,6	2,6	2,5	21,3	16,2
CT	Catania	46,4	34,0	17,4	16,2	2,7	2,5	21,3	16,5
RG	Ragusa	42,0	33,8	15,7	15,7	2,5	2,4	18,8	17,0
SR	Siracusa	42,8	33,8	16,1	14,1	2,7	2,4	22,0	18,5
	<b>Sardegna</b>	<b>32,1</b>	<b>25,2</b>	<b>17,4</b>	<b>16,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,0</b>	<b>18,5</b>	<b>16,1</b>
SS	Sassari	30,7	25,7	18,0	16,5	2,8	3,0	19,2	18,0
NU	Nuoro	34,3	26,6	16,9	16,1	3,5	3,3	18,6	16,2
CA	Cagliari	31,8	24,2	17,6	16,6	3,9	3,0	18,2	15,4
OR	Oristano	33,8	25,7	15,4	14,2	3,1	2,6	17,4	14,1
	<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>
	Dev.St.	5,1	3,9	2,6	2,1	0,5	0,4	2,7	2,1
	CV*100 (*)	14,9	14,5	13,8	11,8	15,3	16,3	16,3	14,1

**Tabella 2 - Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Maschi**

Regione / Provincia		S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Piemonte</b>	<b>52,0</b>	<b>41,4</b>	<b>38,8</b>	<b>34,9</b>	<b>8,2</b>	<b>6,7</b>	<b>27,6</b>	<b>24,6</b>
TO	Torino	51,2	40,4	38,5	34,2	7,7	6,2	27,0	23,9
VC	Vercelli	57,8	46,2	40,9	34,8	8,4	7,0	28,2	25,6
VB	Verbano-C-O	54,0	44,5	44,2	40,5	9,6	6,8	28,2	23,7
NO	Novara	54,4	39,4	46,3	38,8	7,6	6,0	27,2	22,5
CN	Cuneo	51,6	41,4	35,1	33,5	9,9	8,3	29,8	27,0
AT	Asti	55,5	44,5	33,7	33,4	8,5	7,4	25,1	23,4
AL	Alessandria	49,2	40,9	39,4	35,9	8,3	7,1	26,6	25,6
BI	Biella	55,3	45,0	41,7	36,4	8,4	6,8	30,5	26,9
	<b>Valle d'Aosta</b>	<b>47,3</b>	<b>41,7</b>	<b>38,4</b>	<b>37,4</b>	<b>10,6</b>	<b>9,9</b>	<b>38,4</b>	<b>32,0</b>
AO	Aosta	47,3	41,7	38,4	37,4	10,6	9,9	38,4	32,0
	<b>Liguria</b>	<b>48,9</b>	<b>37,4</b>	<b>39,6</b>	<b>35,3</b>	<b>6,5</b>	<b>4,7</b>	<b>30,3</b>	<b>27,6</b>
IM	Imperia	48,9	40,2	36,7	32,6	8,4	6,9	30,5	26,8
SV	Savona	49,2	41,2	36,0	34,2	7,1	6,6	26,8	24,0
GE	Genova	50,0	36,1	41,5	36,3	6,1	3,6	32,1	30,2
SP	La Spezia	44,3	35,2	39,7	35,3	5,5	5,0	27,2	22,9
	<b>Lombardia</b>	<b>50,7</b>	<b>39,7</b>	<b>45,7</b>	<b>39,5</b>	<b>7,0</b>	<b>5,5</b>	<b>29,0</b>	<b>23,0</b>
VA	Varese	51,8	40,1	41,9	35,7	6,5	4,6	28,3	21,6
CO	Como	51,2	38,8	43,7	38,5	7,0	5,1	27,6	22,4
SO	Sondrio	48,3	39,0	49,2	41,7	10,8	7,8	31,5	27,1
MI	Milano	47,9	38,0	44,8	38,9	6,3	4,9	29,5	22,8
LO	Lodi	53,8	41,4	51,6	49,2	9,1	6,4	31,8	25,1
LC	Lecco	51,4	40,7	44,5	37,4	6,8	5,4	26,7	21,6
BG	Bergamo	50,5	39,9	51,9	42,1	7,5	5,9	29,1	22,6
BS	Brescia	48,9	39,3	47,7	41,4	7,6	6,4	28,7	23,2
PV	Pavia	59,0	45,9	47,1	41,0	8,3	6,8	28,4	25,8
CR	Cremona	57,4	45,7	49,8	42,2	7,7	6,1	32,5	23,1
MN	Mantova	53,5	39,8	40,4	34,6	8,4	7,2	26,1	22,1
	<b>Trentino-A.A.</b>	<b>49,4</b>	<b>40,2</b>	<b>39,9</b>	<b>35,7</b>	<b>8,7</b>	<b>6,3</b>	<b>25,7</b>	<b>19,5</b>
BZ	Bolzano	49,1	38,5	37,0	34,5	9,4	7,4	23,6	18,4
TN	Trento	49,9	41,7	42,3	36,7	8,1	5,2	27,4	20,3
	<b>Veneto</b>	<b>48,5</b>	<b>38,2</b>	<b>42,8</b>	<b>36,8</b>	<b>7,6</b>	<b>6,3</b>	<b>26,9</b>	<b>22,0</b>
VR	Verona	48,3	37,8	40,9	35,5	7,8	5,5	27,2	21,6
VI	Vicenza	53,7	41,3	39,5	35,5	7,7	5,7	26,3	22,8
BL	Belluno	47,2	40,0	46,6	40,4	9,3	9,4	33,5	27,8
TV	Treviso	46,7	37,2	41,6	36,0	7,8	6,8	26,7	22,2
VE	Venezia	46,8	37,2	47,4	39,2	6,7	6,3	25,1	20,9
PD	Padova	47,1	36,2	42,4	36,0	7,2	6,2	26,5	21,3
RO	Rovigo	51,3	42,4	44,7	38,2	8,5	6,5	27,8	21,1
	<b>Friuli-V.G.</b>	<b>50,7</b>	<b>38,4</b>	<b>45,1</b>	<b>38,4</b>	<b>9,0</b>	<b>6,9</b>	<b>28,0</b>	<b>24,4</b>
UD	Udine	50,6	38,8	45,9	38,9	9,8	6,9	28,7	23,5
GO	Gorizia	50,6	42,9	47,3	39,2	8,3	8,0	24,1	21,3
TS	Trieste	54,0	37,7	42,3	38,4	8,6	6,5	30,5	27,8
PN	Pordenone	47,1	35,9	45,3	37,3	7,9	6,4	26,2	24,2
	<b>Emilia-Romagna</b>	<b>45,6</b>	<b>37,0</b>	<b>38,4</b>	<b>33,6</b>	<b>8,0</b>	<b>6,3</b>	<b>23,6</b>	<b>20,6</b>
PC	Piacenza	54,2	39,3	42,2	37,3	8,1	6,8	23,4	21,4
PR	Parma	48,2	38,5	40,2	34,3	7,9	6,1	25,0	22,1
RE	Reggio Emilia	44,9	39,6	35,8	32,0	7,7	6,4	23,4	20,8
MO	Modena	45,6	37,4	37,0	32,3	7,5	5,6	25,9	20,9
BO	Bologna	44,3	35,9	37,8	32,5	8,1	6,1	23,0	21,1
RN	Rimini	43,8	33,6	40,0	34,8	6,3	5,3	24,2	18,0

FE	Ferrara	50,7	39,2	44,1	36,6	9,9	7,3	25,6	23,1
RA	Ravenna	41,3	34,6	34,7	32,4	8,9	7,1	20,2	19,2
FO	Forli-Cesena	40,0	35,1	37,6	34,3	8,0	7,1	22,2	17,4
	<b>Marche</b>	<b>44,8</b>	<b>36,5</b>	<b>34,2</b>	<b>31,0</b>	<b>6,9</b>	<b>6,1</b>	<b>23,0</b>	<b>19,3</b>
PS	Pesaro-Urbino	44,0	35,1	36,2	32,1	7,4	6,9	24,1	20,9
AN	Ancona	43,7	36,8	35,5	32,6	6,2	6,2	21,9	19,8
MC	Macerata	47,0	36,0	33,8	29,8	6,8	5,8	22,8	17,4
AP	Ascoli Piceno	44,8	37,8	31,1	29,3	7,5	5,4	23,6	18,9
	<b>Toscana</b>	<b>47,1</b>	<b>38,0</b>	<b>37,8</b>	<b>33,5</b>	<b>6,7</b>	<b>5,5</b>	<b>24,5</b>	<b>20,9</b>
MS	Massa Carrara	48,0	40,6	40,8	39,7	5,7	5,4	32,7	27,4
LU	Lucca	51,4	41,9	41,1	36,7	7,3	6,3	27,4	23,0
PT	Pistoia	51,7	38,6	38,6	34,1	6,9	5,2	20,9	21,2
FI	Firenze	44,4	34,4	37,1	31,6	5,9	4,9	24,0	19,7
PO	Prato	44,9	36,1	39,2	33,8	5,5	4,5	23,9	18,3
LI	Livorno	48,9	38,2	38,8	34,8	7,4	5,2	25,6	21,8
PI	Pisa	48,4	40,3	38,4	32,6	6,6	5,9	23,9	19,6
AR	Arezzo	44,1	37,6	36,6	31,9	7,3	6,1	22,7	20,1
SI	Siena	46,5	38,7	32,9	30,8	7,4	6,4	21,1	18,9
GR	Grosseto	47,6	41,2	36,5	35,2	8,0	6,3	27,0	23,5
	<b>Umbria</b>	<b>50,6</b>	<b>38,8</b>	<b>33,5</b>	<b>30,0</b>	<b>7,3</b>	<b>5,8</b>	<b>24,5</b>	<b>20,4</b>
PG	Perugia	51,2	37,9	34,6	30,3	7,3	5,9	23,9	19,7
TR	Terni	49,1	41,0	31,0	29,2	7,2	5,8	25,9	22,2
	<b>Lazio</b>	<b>50,7</b>	<b>41,4</b>	<b>36,6</b>	<b>33,5</b>	<b>6,4</b>	<b>5,7</b>	<b>28,0</b>	<b>23,4</b>
VT	Viterbo	51,5	42,6	38,4	33,6	5,8	6,5	26,8	24,2
RI	Rieti	48,3	41,4	29,7	27,9	7,1	6,3	28,2	23,8
RM	Roma	50,3	40,7	38,3	34,5	6,4	5,6	29,2	23,7
LT	Latina	51,3	43,8	35,4	32,8	7,6	6,2	25,3	21,8
FR	Frosinone	52,9	43,7	28,4	29,6	5,7	5,5	23,1	21,5
	<b>Campania</b>	<b>58,0</b>	<b>49,1</b>	<b>33,7</b>	<b>34,2</b>	<b>5,5</b>	<b>4,1</b>	<b>33,7</b>	<b>29,4</b>
CE	Caserta	62,1	52,4	34,1	35,1	7,0	4,6	34,9	29,3
BN	Benevento	51,0	44,8	28,4	28,7	5,6	4,8	26,6	23,1
NA	Napoli	62,6	52,5	38,2	37,9	5,3	3,9	37,7	33,1
AV	Avellino	50,7	43,2	26,4	28,3	5,4	3,6	28,4	24,6
SA	Salerno	52,2	45,1	28,6	30,5	4,9	4,4	29,2	26,4
	<b>Abruzzo</b>	<b>47,4</b>	<b>37,3</b>	<b>29,3</b>	<b>28,8</b>	<b>6,4</b>	<b>6,1</b>	<b>27,9</b>	<b>24,3</b>
AQ	L'Aquila	49,9	37,6	30,9	28,1	5,8	5,9	29,8	25,6
TE	Teramo	46,2	38,2	29,0	30,2	6,6	6,2	29,7	24,3
PE	Pescara	48,2	36,7	31,8	29,6	6,6	5,9	27,5	24,6
CH	Chieti	45,8	37,0	26,6	28,0	6,5	6,5	25,4	23,1
	<b>Molise</b>	<b>49,5</b>	<b>41,0</b>	<b>27,6</b>	<b>27,8</b>	<b>6,5</b>	<b>6,4</b>	<b>26,9</b>	<b>22,5</b>
CB	Campobasso	49,2	41,7	27,2	28,5	6,7	6,5	27,9	21,8
IS	Isernia	50,4	39,6	28,6	26,3	6,0	6,4	24,9	24,6
	<b>Puglia</b>	<b>45,6</b>	<b>36,8</b>	<b>31,5</b>	<b>30,8</b>	<b>6,5</b>	<b>5,2</b>	<b>30,6</b>	<b>25,1</b>
FG	Foggia	48,0	39,1	30,3	29,7	7,2	6,1	26,8	23,7
BA	Bari	44,3	36,0	30,7	30,4	6,0	4,9	31,6	25,2
TA	Taranto	47,1	37,3	32,6	30,7	6,7	5,1	31,0	25,7
BR	Brindisi	47,5	38,6	31,8	31,0	7,2	5,9	29,7	25,1
LE	Lecce	43,6	35,1	32,9	32,6	6,3	5,0	32,9	25,7
	<b>Basilicata</b>	<b>50,4</b>	<b>41,2</b>	<b>25,6</b>	<b>26,4</b>	<b>6,6</b>	<b>5,9</b>	<b>27,1</b>	<b>24,2</b>
PZ	Potenza	50,6	41,4	24,9	25,9	6,0	5,9	27,3	24,9
MT	Matera	50,0	40,7	27,1	27,6	7,9	5,8	26,9	22,7
	<b>Calabria</b>	<b>52,3</b>	<b>42,8</b>	<b>25,8</b>	<b>25,7</b>	<b>7,1</b>	<b>5,3</b>	<b>28,9</b>	<b>23,2</b>
CS	Cosenza	53,7	43,0	24,0	23,7	5,9	5,0	26,7	21,9
CZ	Catanzaro	51,9	42,4	25,8	25,5	6,4	5,3	30,5	24,2
RC	Reggio Calabria	51,1	42,2	27,9	27,7	9,5	5,9	30,2	24,4
KR	Crotone	55,2	48,0	27,7	26,9	7,2	6,2	30,7	22,7

VV	Vibo Valentia	50,1	41,2	25,2	26,7	6,2	4,4	28,7	22,0
	<b>Sicilia</b>	<b>54,6</b>	<b>44,7</b>	<b>28,4</b>	<b>27,9</b>	<b>6,7</b>	<b>5,0</b>	<b>32,5</b>	<b>26,6</b>
TP	Trapani	54,0	45,6	27,0	27,6	7,3	5,2	26,2	24,8
PA	Palermo	52,1	43,4	31,4	30,1	6,0	4,4	35,1	29,4
ME	Messina	55,4	44,9	28,5	27,2	6,3	4,5	32,8	24,7
AG	Agrigento	51,5	43,3	23,5	25,5	7,5	5,5	30,7	25,4
CL	Caltanissetta	53,7	45,1	25,3	28,1	6,8	5,2	37,5	32,6
EN	Enna	55,3	44,9	21,4	23,2	5,8	5,1	36,4	29,6
CT	Catania	60,2	45,8	30,1	28,4	7,8	5,5	32,3	25,4
RG	Ragusa	54,1	42,5	28,2	28,6	6,0	5,4	25,6	22,1
SR	Siracusa	52,8	46,6	28,9	26,7	6,3	4,9	34,2	26,2
	<b>Sardegna</b>	<b>45,6</b>	<b>38,2</b>	<b>32,6</b>	<b>32,5</b>	<b>8,3</b>	<b>7,0</b>	<b>30,4</b>	<b>27,0</b>
SS	Sassari	47,9	40,5	33,2	32,4	7,6	6,5	28,7	26,5
NU	Nuoro	46,5	39,8	31,4	33,7	9,9	8,6	27,2	27,6
CA	Cagliari	43,8	36,0	33,8	32,7	8,2	6,6	33,6	27,8
OR	Oristano	46,2	37,9	28,7	30,4	8,3	7,5	28,0	24,8
	<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>
	Dev.St.	4,2	3,6	7,1	4,7	1,3	1,1	3,8	3,1
	CV*100 (*)	8,4	9,0	19,1	14,0	18,0	20,2	13,3	13,2

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Piemonte: ottima organizzazione dei Day hospital oncologici**

**La Regione Piemonte registra una delle più alte percentuali di chemioterapie effettuate per leucemie non secondarie: l'82,6% contro il dato nazionale del 65,1%. Tutte le regioni italiane presentano ampie casistiche ed utilizzano il Day Hospital per erogare tali prestazioni. L'analisi del numero degli accessi in Day Hospital riferiti ai DRG oncologici, e quindi delle dimissioni, consente una valutazione dell'appropriato uso di questo tipo di ricovero, della correttezza della programmazione e più in generale l'appropriatezza dell'intero setting assistenziale.**

I dati nazionali riferiti a questo indicatore e riferiti al 2003 presentano un elevato range: dieci regioni, in prevalenza al centro-nord, presentano percentuali di Day Hospital superiori alla media nazionale e altre undici inferiori. Analogamente molto elevato il range di accessi in Day hospital sul territorio nazionale. Simile variabilità si riscontra anche per altri DRG oncologici come ad esempio quello riferito ai trattamenti radioterapici.

Tale variabilità riscontrata nelle diverse regioni rispetto al numero di accessi per episodio di ricovero e alla percentuale di trasferimento in Day Hospital dei DRG oncologici dimostra che i modelli assistenziali adottati per la gestione delle principali patologie oncologiche sono alquanto eterogenei nel nostro Paese, rispondendo a logiche fortemente condizionate dalle caratteristiche del contesto organizzativo e amministrativo di riferimento.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## Osservasalute 2005, Valle d'Aosta: eccellente l'assistenza territoriale

**Il dato emerge dai tassi di ospedalizzazione medi annui per asma e complicanze a lungo termine per diabete (CLTD) riferiti al 2005, adulti, in assoluto i più bassi d'Italia: 0,12 per l'asma e 0,31 per la CLTD contro una media nazionale rispettivamente di 0,25 e 0,24. Diabete mellito e asma bronchiale sono patologie cronico degenerative con noti fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte. La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutarne l'appropriata gestione, soprattutto in ambito territoriale, in termini di continuità di cura e atti formativi-educativi del paziente, orientati alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze sia acute sia croniche.**

Infatti questi ricoveri possono essere considerati potenzialmente evitabili in presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali. Dall'analisi delle regioni una variabilità in parte dovuta alle diverse prevalenze a livello locale di asma e diabete. Ma se da un lato nelle regioni in cui si è evidenziato un elevato numero di ricoveri per queste patologie è necessario creare una integrazione tra assistenza primaria e assistenza ospedaliera, nonché la revisione dei punti focali del percorso del paziente affetto da patologie croniche, in Valle d'Aosta si registra un'eccellente integrazione tra ospedale e territorio, fungendo quest'ultimo in modo efficace da sede di riferimento per l'assistenza personalizzata finalizzata alla gestione della cronicità del paziente.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Valle d'Aosta sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**In Valle D'Aosta, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +9,1; il saldo naturale (nascita-morte) è -1,2; il saldo migratorio è del +10,3**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Valle d'Aosta ha una mobilità interna pari al 69,9 per 1.000 abitanti con un saldo di +4,8, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 5,6 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +4,3.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda la Valle d'Aosta, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 19,6% pari a circa 24.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 9,0% pari a circa 11.000 persone.



Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Valle D'Aosta, nel 2004, si stima che siano 7.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -3,9 e costituisce l'13,5% del totale delle famiglie valdostane.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 5.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +6,1% e costituisce il 8,8% del totale delle famiglie valdostane: di queste l'82,4% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Valle d'Aosta</b>				
AO Aosta	72,5	81,0	74,1	82,2
<b>Italia</b>	74,4	80,9	76,5	82,5



*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>47,3</b>	<b>41,7</b>	<b>38,4</b>	<b>37,4</b>	<b>10,6</b>	<b>9,9</b>	<b>38,4</b>	<b>32,0</b>
AO Aosta	47,3	41,7	38,4	37,4	10,6	9,9	38,4	32,0
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>33,4</b>	<b>24,8</b>	<b>17,6</b>	<b>19,4</b>	<b>4,4</b>	<b>3,6</b>	<b>16,7</b>	<b>14,7</b>
AO Aosta	33,4	24,8	17,6	19,4	4,4	3,6	16,7	14,7
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda La Valle d'Aosta sono stati registrati 650 nuovi casi (350 negli uomini e 300 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 378 per gli uomini e 302 per le donne).

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Valle d'Aosta vi sono stati 100 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 126,5 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi.. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Valle d'Aosta sono stati registrati 50 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 54 (per 100.000), mentre le donne sono stati rilevati 40 nuovi casi con un tasso standardizzato di 32 casi (per 100.000).**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Val d'Aosta si sono verificati 60 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 67 su 100.000 persone, 15 tra le donne con un tasso standardizzato di 14 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Val d'Aosta il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 15, con un tasso standardizzato 18, mentre tra le donne è di 10 con un tasso standardizzato di 7.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sue e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Val d'Aosta nel periodo 2002-2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 100%**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Valle D'Aosta nel 2004 sono stati registrati 2 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,12 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Valle D'Aosta esso risulta dello 0,00 casi su 100.000 abitanti dimostrando nessuna variazione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,00.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1.

Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Piemonte e Valle d'Aosta i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 33,5% e ragazze 26,8%; Cocaina ragazzi 6,5% e ragazze 3,1%; Eroina: ragazzi 3,9% e ragazze 2,8%; Allucinogeni: ragazzi 5,3% e ragazze 3,5%; Stimolanti: ragazzi 5,1% e ragazze 3,2%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3, 16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**La Valle D'Aosta ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'2,39 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è aumentato ed è dello 0,48 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Valle d'Aosta il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 6,3 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a +2,5%.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Valle d'Aosta tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 336,7 per 1.000 abitanti**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Valle d'Aosta, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 11 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 25-29 anni con 18,1 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Valle d'Aosta, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 27,2% sul totale; con un aumento del 5,7% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48 x 10.000 casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Valle d'Aosta, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 3,95 per gli uomini e 0,39 per le donne.**



## **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Valle d'Aosta, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 1 su 1 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,1 casi.**

## **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Valle d'Aosta, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,12 e 0,31 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

## **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Piemonte e Valle d'Aosta il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 222 di questi ne sono stati effettivi 127 e utilizzati 123.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Valle d'Aosta è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,66 a 2,06**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Valle d'Aosta, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendete delle ASL è pari a 438,00 euro contro 393,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di +45,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Valle d'Aosta ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 204,21€ senza nessuna partecipazione del pagamento del ticket.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Valle d'Aosta ha avuto una valutazione da parte di S&P pari a AA-, Moody's e Fitch non attribuiscono valutazione.**

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 – 4295

**Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Lombardia: al top attività di riabilitazione, efficace risposta a bisogni di salute dei cittadini**

**In particolare per gli over 75, ma a livelli elevati per tutte le fasce di età, il tasso di dimissione ospedaliera per riabilitazione della Regione Lombardia (nell'anno 2003: 37,1 per gli ultra settantacinquenni contro una media nazionale del 18,4) sta a indicare un'efficace pianificazione delle reti ospedaliere e territoriali anche in termini di dotazione di strutture specializzate sul fronte della riabilitazione, area in cui aumentano e si concentrano i bisogni dell'utenza in virtù del processo di invecchiamento della popolazione.**

L'analisi dei dati delle diverse regioni mostra una elevata variabilità. A tassi elevati di dimissione ospedaliera per riabilitazione corrispondono infatti una maggiore e adeguata attenzione nella pianificazione sanitaria, in grado migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione, per rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per acuti e più efficace l'integrazione ospedale territorio a garanzia dell'equità nell'accesso delle prestazioni sanitarie.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.** Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Lombardia sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 residenti.

**In Lombardia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +13,0; il saldo naturale (nascita-morte) è +0,3; il saldo migratorio è del +12,7**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Lombardia ha una mobilità interna pari al 59,2 per 1.000 abitanti con un saldo di +1,9, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 10,3 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +8,3.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevata e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda la Lombardia, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 18,8% pari a circa 1.741.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 8,2% pari a circa 761.000 persone.**



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Lombardia, nel 2004, si stima che siano 450.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -3,0% e costituisce l'11,7% del totale delle famiglie lombarde .**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 298.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +9,6% e costituisce il 7,7% del totale delle famiglie lombarde: di queste l'87,4% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Lombardia</b>				
VA Varese	73,6	81,7	76,8	83,4
CO Como	73,6	81,3	76,4	83,0
SO Sondrio	72,1	81,3	75,1	83,3
MI Milano	73,6	81,0	76,8	82,9



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



LO	Lodi	-	-	74,1	81,2
LC	Lecco	-	-	76,8	83,1
BG	Bergamo	72,8	80,7	75,5	82,3
BS	Brescia	73,0	81,7	75,7	83,2
PV	Pavia	72,1	79,7	75,2	82,3
CR	Cremona	72,1	80,2	75,5	82,2
MN	Mantova	73,6	81,3	76,5	83,3
	<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 – Maschi*

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Lombardia</b>	<b>50,7</b>	<b>39,7</b>	<b>45,7</b>	<b>39,5</b>	<b>7,0</b>	<b>5,5</b>	<b>29,0</b>	<b>23,0</b>
VA Varese	51,8	40,1	41,9	35,7	6,5	4,6	28,3	21,6
CO Como	51,2	38,8	43,7	38,5	7,0	5,1	27,6	22,4
SO Sondrio	48,3	39,0	49,2	41,7	10,8	7,8	31,5	27,1
MI Milano	47,9	38,0	44,8	38,9	6,3	4,9	29,5	22,8
LO Lodi	53,8	41,4	51,6	49,2	9,1	6,4	31,8	25,1
LC Lecco	51,4	40,7	44,5	37,4	6,8	5,4	26,7	21,6
BG Bergamo	50,5	39,9	51,9	42,1	7,5	5,9	29,1	22,6
BS Brescia	48,9	39,3	47,7	41,4	7,6	6,4	28,7	23,2
PV Pavia	59,0	45,9	47,1	41,0	8,3	6,8	28,4	25,8
CR Cremona	57,4	45,7	49,8	42,2	7,7	6,1	32,5	23,1
MN Mantova	53,5	39,8	40,4	34,6	8,4	7,2	26,1	22,1
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Femmine*

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Lombardia</b>	<b>31,2</b>	<b>25,0</b>	<b>21,4</b>	<b>19,3</b>	<b>3,0</b>	<b>2,2</b>	<b>15,1</b>	<b>13,3</b>
VA Varese	31,4	26,0	19,5	17,4	2,4	1,9	14,4	12,5
CO Como	29,8	24,7	21,8	19,2	2,8	2,1	14,7	13,0
SO Sondrio	28,9	22,3	20,8	18,4	3,5	2,6	14,7	13,6
MI Milano	29,5	24,0	22,1	20,2	3,1	2,2	15,1	13,4
LO Lodi	37,9	27,0	23,7	22,3	3,0	2,2	19,3	14,8
LC Lecco	32,2	25,5	19,8	17,5	2,3	2,2	14,1	12,8
BG Bergamo	31,4	24,8	23,0	20,4	2,8	2,2	15,8	13,5



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



BS	Brescia	30,2	24,6	20,4	18,6	2,9	2,2	13,8	12,6
PV	Pavia	37,0	28,3	21,5	19,0	3,4	2,9	16,9	15,3
CR	Cremona	36,0	28,7	22,3	19,2	3,4	2,2	16,3	14,1
MN	Mantova	32,4	24,4	19,1	16,8	3,5	2,4	14,8	12,0
	<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

## Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda la Lombardia sono stati registrati 45.400 nuovi casi (23.600 negli uomini e 21.800 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 389 per gli uomini e 305 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

## Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Lombardia ci sono stati 6.500 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 117,3 ogni 100.000 donne.**

## Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Lombardia sono stati registrati 4.250 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 68 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 3.200 nuovi casi con un tasso standardizzato di 39 casi (per 100.000).**

## Tumore del Polmone



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Lombardia si sono verificati 4.500 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 73 su 100.000 persone, 1.250 tra le donne con un tasso standardizzato di 16 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Lombardia il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 1.650, con un tasso standardizzato di 27, mentre tra le donne è di 1.100 con un tasso standardizzato di 13.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Lombardia nel 2002 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è stato del 40,1% e nel 2003 del 67,3**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Lombardia nel 2004 sono stati registrati 345 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,12 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso del Lombardia esso risulta dello 0,04 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,04.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Lombardia i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 39,1% e ragazze 29,1%; Cocaina ragazzi 6,0% e ragazze 4,3%; Eroina: ragazzi 3,5% e ragazze 2,3%; Allucinogeni: ragazzi 7,5% e ragazze 3,2%; Stimolanti: ragazzi 5,7% e ragazze 2,6%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**La Lombardia ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,09 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,26 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Lombardia il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 3,2 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -6,3%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Lombardia tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 582,8 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può esser determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Lombardia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 10,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 18,1 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Lombardia, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 26,6% sul totale; con un aumento del 3,3% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Lombardia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,02 per gli uomini e 0,48 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2% degli italiani, il 20,1% delle donne e il 6,2% degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4% delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7% dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Lombardia, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 103 su 117 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,1 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Lombardia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,44 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Lombardia il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 252 di questi ne sono stati effettivi 192 e utilizzati 179.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Lombardia è leggermente aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,63 a 1,65**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Lombardia, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 4,00 euro contro 8,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -4,00€; mentre per le AO è pari a 24,00 € contro i 17€ del 2001 con una variazione assoluta di +17,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Lombardia ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 213,75€ con una partecipazione del pagamento del ticket che varia tra i 2 e i 4 euro .**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Lombardia ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA, Moody's Aa1 e S&P AA-.**

**Di seguito il commento del Prof Francesco Auxilia**, Dipartimento di Sanità Pubblica – Microbiologia - Virologia dell'Università degli Studi di Milano, **e referente per la Regione Lombardia dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

La costruzione delle reti di servizi sanitari a diversa intensità di cura per fronteggiare in modo adeguato il problema della cronicità, della multipatologia e della fragilità, soprattutto dell'anziano, è obiettivo che la Regione Lombardia persegue ormai da diversi anni. Attraverso gli strumenti dei progetti obiettivo e, successivamente, dei Piani Sanitari si sono individuati di volta in volta ambiti di intervento miranti a connettere le strutture e attivare i percorsi da tracciare attorno al paziente in funzione delle diverse patologie, spingendo sul tema della appropriatezza del setting assistenziale con particolare riferimento al ruolo dell'ospedale per acuti. Vanno poi menzionati i progetti relativi alle modalità di erogazione innovative nel campo della medicina generale, anche attraverso le sperimentazioni in corso nel campo della telemedicina.

Pur non potendo tracciare giudizi conclusivi, l'andamento degli indicatori riferiti al livello di sviluppo della rete delle strutture di riabilitazione per un verso, e dell'assistenza distrettuale dall'altro confortano rispetto al monitoraggio del percorso intrapreso. Ulteriori elementi confortanti derivano dall'analisi dei dati riferiti agli investimenti in alte tecnologie che contribuiscono a mantenere elevata l'attrattività dei



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



servizi sanitari, dalla crescente percentuale di inserimento delle donne nei programmi di screening per i tumori della mammella, dalla riduzione della mortalità per suicidio. Vanno, infine, enfatizzate per le motivazioni e con le avvertenze già chiaramente indicate nel Rapporto, le performance economiche nonché il rating ottenuto dalle agenzie indipendenti.

Contatti del prof Francesco Auxilia, Dipartimento di Sanità Pubblica – Microbiologia - Virologia dell'Università degli Studi di Milano: cell 338 3131896

*Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295*

***Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703***

***Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619***

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Bolzano: è la provincia più "in linea"**

**Nella provincia autonoma di Bolzano la più bassa percentuale di persone obese, il 5,8% rispetto a una media nazionale dell'8,5%, e lo stesso per quanto attiene la percentuale di persone soprappeso: 26,6% rispetto al valore nazionale che è pari al 33,5%.**

Il dato non ha valore estetico ma di sanità pubblica. L'obesità infatti può essere definita una vera e propria patologia cronico-degenerativa, che nei Paesi industrializzati rappresenta la seconda causa di morte prevenibile e la prima causa di morte per almeno 300 mila morti all'anno. Dalle indagini di prevalenza condotte dai CDC americani emerge un aumento allarmante (dal 15 al 27% nel periodo 1980-1999, fino al 31% nel 2000) ed un fenomeno analogo è stato registrato anche in Europa. In Italia, nell'ultimo decennio la prevalenza è aumentata del 50%, con un maggiore interessamento dei soggetti in età pediatrica ed appartenenti alle classi socioeconomiche più basse.

L'obesità rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per patologie metaboliche, a carico del sistema cardiovascolare, osteoarticolare, tumorale e respiratorio. E', inoltre, responsabile di un pesante fardello economico per la Sanità Pubblica: i costi diretti sono stimati in circa 23 miliardi di Euro, ripartiti tra assistenza sanitaria personale, assistenza ospedaliera, servizi medici e farmaci specifici per patologie correlate.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Provincia Autonoma di Bolzano sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7.

**A Bolzano, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +9,8; il saldo naturale (nascita-morte) è +3,3; il saldo migratorio è del +6,5.**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda la Provincia Autonoma, Bolzano ha una mobilità interna pari al 39,3 per 1.000 abitanti con un saldo di +1,0, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 8,0 su 1.000 abitanti con un saldo pari a + 4,7.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevata e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda Bolzano la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 16,1% pari a circa 76.000 nuovi "anziani", mentre la popolazione "vecchia" è pari al 7,4% pari a circa 35.000 persone.**



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**A Bolzano, nel 2004, si stima che siano 9.200 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del - 6,5 e costituisce il 17% del totale delle famiglie bolzanine.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 11.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +6,2% e costituisce il 6,3% del totale delle famiglie bolzanine: di queste l'85,9% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
BZ Bolzano	74,4	81,8	76,8	83,2
<b>Italia</b>	74,4	80,9	76,5	82,5



*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
BZ Bolzano	49,1	38,5	37,0	34,5	9,4	7,4	23,6	18,4
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
BZ Bolzano	30,7	24,9	20,2	18,2	3,0	1,8	12,2	10,6
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### **Tumori**

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

**Per quanto riguarda il Trentino Alto Adige (non è stato fornito un dato per Provincia Autonoma) sono stati registrati 4.200 nuovi casi (2.200 negli uomini e 2.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 375 per gli uomini e 278 per le donne.**

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Trentino-Alto Adige ci sono stati 600 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 115 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Trentino-Alto Adige sono stati registrati 400 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 62 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 300 nuovi casi con un tasso standardizzato di 40 casi (per 100.000).**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Trentino-Alto Adige si sono verificati 300 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 47 su 100.000 persone, 100 tra le donne con un tasso standardizzato di 15 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Trentino-Alto Adige il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 150, con un tasso standardizzato 24, mentre tra le donne è di 80 con un tasso standardizzato di 10.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**Nella Provincia Autonoma di Bolzano nel periodo 2002-2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 100%**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**A Bolzano nel 2004 sono stati registrati 10 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,99 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso di Bolzano esso risulta dello 0,43 casi su 100.000 abitanti dimostrando un aumento dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,00.**



## Dipendenze da sostanza

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Trentino Alto-Adige (non sono stati forniti i dati per le singole Province Autonome) i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 39,0% e ragazze 21,3%; Cocaina ragazzi 6,1% e ragazze 3,5%; Eroina: ragazzi 4,2% e ragazze 3%; Allucinogeni: ragazzi 9,6% e ragazze 3,8%; Stimolanti: ragazzi 6,3% e ragazze 2,9%.**

## Mortalità per Suicidio

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**Bolzano ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,34 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,39.**

## Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda Bolzano il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 4,0 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -4,6%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**A Bolzano tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 570,3 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**A Bolzano, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 5,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 25-29 anni con 8,2 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**A Bolzano il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 19,5% sul totale; con un aumento del 2,2 rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzata 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Trentino Alto Adige (non è stato fornito nessun dato per singola Provincia Autonoma), il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,35 per gli uomini e 0,47 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici s'intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**A Bolzano, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 5 su 5 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,1 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**A Bolzano, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,36 e 0,59 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**A Bolzano il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 25 di questi ne sono stati effettivi 16 e utilizzati 15.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia a Bolzano è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,43 a 1,52.**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**A Bolzano, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendete delle ASL è pari a 209,00 euro non è possibile un confronto perché non sono stati pervenuti i dati del 2001 mentre per le AO non disponiamo di alcun dato.**

## **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**Bolzano ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 181,03 con una partecipazione del pagamento del ticket che varia da un minimo di 2 euro per confezione ad un massimo di 4 euro per ricetta, inoltre vi è un'esenzione tot/parz per patologia e un'esenzione in base al reddito .**

## **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**Bolzano ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari ad AA+, di Moody's pari ad Aa1, S&P non attribuisce valutazione**

**Referente per la Provincia Autonoma di Bolzano dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle regioni Italiane:**

Karl Kob, Assessorato Sanità, P. A. Bolzano, 335 5706971

*Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295*

***Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703***

***Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619***

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Trento: controllo della spesa farmaceutica senza ticket**

**E' di 181,03 la spesa lorda farmaceutica procapite nella Provincia Autonoma di Trento, la più bassa in Italia: risultato che trento riesce ad ottenere senza applicare il ticket.**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza nell'applicazione del ticket, in termini di spesa di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Altra area di eccellenza della Provincia è l'aver attivato- unica esperienza in Italia- un sistema di sorveglianza integrato degli incidenti stradali. Si tratta di un sistema di georeferenziazione chiamato MITRIS ed è basato su un'infrastruttura informatica in grado di unificare in modo tempestivo ed accurato, su base territoriale i flussi sanitari e quelli di rilevamento incidenti delle forze dell'Ordine con georeferenziazione degli eventi, nonché dell'identificazione automatica delle situazioni di rischio.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Provincia Autonoma di Trento sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**A Trento, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +13,8; il saldo naturale (nascita-morte) è +1,4; il saldo migratorio è del +12,4**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda la Provincia Autonoma, Trento ha una mobilità interna pari al 45,9 per 1.000 abitanti con un saldo di +3,8, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 8,6 su 1.000 abitanti con un saldo pari a + 7.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevata e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda Trento, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 18,4% pari a circa 90.000 nuovi "anziani", mentre la popolazione "vecchia" è pari al 9,0% pari a circa 44.000 persone.**



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**A Trento, nel 2004, si stima che siano 26.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -3,5% e costituisce il 12,6% del totale delle famiglie trentine.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 11.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +6,2% e costituisce il 6,3% del totale delle famiglie trentine: di queste l'85,9% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
TN Trento	73,8	81,9	76,9	83,7
<b>Italia</b>	74,4	80,9	76,5	82,5



*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia		S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
TN	Trento	49,9	41,7	42,3	36,7	8,1	5,2	27,4	20,3
<b>Italia</b>		<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia		Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
TN	Trento	30,4	24,8	19,3	17,9	2,9	1,3	14,3	10,3
<b>Italia</b>		<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

## Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda il Trentino Alto Adige (non è stato fornito un dato per Provincia Autonoma) sono stati registrati 4.200 nuovi casi (2.200 negli uomini e 2.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 375 per gli uomini e 278 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

## Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Trentino-Alto Adige ci sono stati 600 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 115 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Trentino-Alto Adige sono stati registrati 400 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 62 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 300 nuovi casi con un tasso standardizzato di 40 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Trentino-Alto Adige si sono verificati 300 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 47 su 100.000 persone, 100 tra le donne con un tasso standardizzato di 15 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Trentino Alto-Adige il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 150, con un tasso standardizzato 24, mentre tra le donne è di 80 con un tasso standardizzato di 10.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici –



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzati garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**Nella Provincia Autonoma di Trento nel periodo 2002-2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 100%**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**A Trento nel 2004 sono stati registrati 4 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,05 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso di Trento esso risulta dello 0,00 casi su 100.000 abitanti dimostrando nessuna variazione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,00.**



## Dipendenze da sostanza

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Trentino Alto-Adige (non sono stati forniti i dati per le singole Province Autonome) i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 39,0% e ragazze 21,3%; Cocaina ragazzi 6,1% e ragazze 3,5%; Eroina: ragazzi 4,2% e ragazze 3%; Allucinogeni: ragazzi 9,6% e ragazze 3,8%; Stimolanti: ragazzi 6,3% e ragazze 2,9%.**

## Mortalità per Suicidio

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**Trento ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è del 2,39 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne vi è un aumento e il tasso è dello 0,48 ogni 10.000 abitanti.**

## Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda Trento il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 3,7 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,9%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**A Trento tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 413,9 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**A Trento nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 7,4 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 11,8 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**A Trento, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 27,0% sul totale; con un aumento del 4,6% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzata 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Trentino Alto Adige (non è stato fornito nessun dato per singola Provincia Autonoma), il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,35 per gli uomini e 0,47 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**A Trento, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 9 su 14 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,5 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**A Trento, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,18 e 0,60 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**A Trento il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 4 di questi ne sono stati effettivi 4 e utilizzati 3.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia a Trento è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 0,86 a 0,87**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**A Trento, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendete delle ASL è pari a 386,00 euro contro 397,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -11,00€; mentre per le AO non disponiamo di alcun dato.**

## **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**Trento ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 174,24€ senza nessun pagamento del ticket da parte dei cittadini e mantiene il livello di spesa più basso in Italia.**

## **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**Trento ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari ad AA+, di Moody's pari ad Aa1, e S&P non attribuisce valutazione.**

**Di seguito il commento del Dr. Carlo Favaretti, Direttore Generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento e**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



## referente per la Provincia dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Alcuni aspetti possono essere segnalati, tra altri, dove la provincia di Trento presenta un profilo differente da quello presentato nel Rapporto:

Anche se uno studio mirato sulla popolazione giovanile accredita alla regione Trentino Alto Adige un elevato consumo di sostanze illegali, la prevalenza degli utenti che si rivolgono ai Sert in provincia di Trento è la più bassa in Italia, coerentemente con le stime del Ministero del Welfare sull'andamento storico dei valori di incidenza/anno dei consumatori di eroina;

i valori di sovrappeso ed obesità in provincia di Trento relativi alle persone di 18 anni e oltre sono i più bassi in Italia (confermati anche da diverse indagini Multiscopo ISTAT) e tali dati sono coerenti con i soddisfacenti valori sull'attività motoria;

nei due anni presi a confronto, la provincia di Trento non fa registrare casi di tetano; questo indica non solo una adeguata copertura nelle coorti di persone a suo tempo incluse nell'obbligo vaccinale, ma anche una buona strategia di controllo e offerta per le coorti escluse (i soggetti anziani ed in particolar modo le donne) da parte del sistema sanitario nel suo complesso;

Un ultimo elemento da segnalare è il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche, fornito per l'intera regione Trentino-Alto Adige, che non consente di documentare la rilevante riduzione dell'ospedalizzazione intercorsa negli ultimi anni in provincia di Trento, parallela al progressivo aumento dei casi seguiti dai servizi di salute mentale e dell'attività ambulatoriale.

Dr. Carlo Favaretti, Direttore Generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento, Telefono: 0461 36 41 58

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## Osservasalute 2005, Veneto: qui il migliore utilizzo degli ospedali

**Con la percentuale più bassa di ricoveri medici di un giorno (nel 2003 il 5,7%, praticamente la metà rispetto alla media nazionale che è del 10,5%) il Veneto è la regione che mostra nei fatti l'appropriatezza dell'uso dell'ospedale per acuti, buone valutazioni cliniche e organizzazione assistenziale.**

I ricoveri ordinari con degenza di un solo giorno rappresentano un importante aspetto dell'inappropriato uso dell'ospedale e sono nella maggioranza dei casi espressione di imperfette valutazioni cliniche, di anomalie organizzative o di modelli assistenziali ancora troppo centrati sulla rete dei servizi ospedalieri piuttosto che su quella dei servizi territoriali alternativi al ricovero. Degli oltre 600.000 ricoveri medici di un giorno di degenza ordinaria effettuati in Italia, il 15,5% è di tipo internistico. Il range tra le regioni varia molto con sette regioni al di sopra della media nazionale e le restanti al di sotto. All'uso appropriato della degenza ordinaria di un solo giorno, fanno seguito la riduzione del tasso di ospedalizzazione entro i limiti fissati dalle linee guida nazionali di programmazione nazionale (180 ogni 1000 abitanti) senza modificare nella sostanza i livelli prestazionali e assistenziali assicurati ai cittadini, un miglior utilizzo delle risorse disponibili, e la valorizzazione del ruolo dell'ospedale come luogo deputato a fornire risposte assistenziali a problemi di salute complessi caratterizzati da acuzie e gravità.

Il corretto rapporto tra ospedale e territorio della Regione Veneto è testimoniato anche dal fatto che qui **opera dal 1987 il primo registro tumori regionale**, aspetto essenziale per la valutazione dell'impatto in termini di mortalità e incidenza degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, indispensabile supporto per la sorveglianza di aree o popolazioni a elevato rischio ambientale e professionale.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.** Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Veneto sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. A differenza del decennio precedente, nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un modesto aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰ per l'Italia). A fronte del modestissimo saldo naturale positivo, la gran parte di aumento dei residenti nel triennio è imputabile al saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

**Complessivamente il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.**

**In Veneto, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale, naturale e migratorio della popolazione residente è stato rispettivamente del +12,3‰ per il totale, del +0,5‰ per il naturale (nascita-morte) e del +11,8‰ per il migratorio.**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosetentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, il Veneto ha una mobilità interna pari a 52,4 per 1.000 abitanti con un saldo positivo pari a 2,4‰, mentre la mobilità da e verso l'estero è pari a 10,4 migranti su 1.000 abitanti con un saldo pari a + 8,5‰.**

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevata e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda il Veneto, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 18,7% pari a circa 868.000 nuovi "anziani"; mentre la popolazione "vecchia" è pari al 8,7% pari a circa 405.000 persone.**

**(considerazione personale: credo che la tabella di Gesano di pag 37 del rapporto sia male interpretata: A mio avviso la tabella significa: nel Veneto ci sono 86800 anziani, pari al 18.7% della popolazione. Il simbolo + accanto al dato indica un discreto incremento, ma non si può dire che l'incremento è del 18.7%. Per me la frase dovrebbe essere: Per il Veneto la popolazione di anziani è quasi un quinto della popolazione generale (18.7%) ed è costituita da 868.000 anziani. La tendenza rispetto agli anni 2002 e 2003 è quella di un sensibile aumento. )**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli- in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati)- per il fatto che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, oppure per le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali (11% di tutte le famiglie in Italia) non conviventi formate da persone over 65 anni con una variazione nel periodo 2001-2004 di -6,3%. Le famiglie unipersonali costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una; sono aumentate nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituiscono l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

In Veneto, nel 2004, si stima siano presenti 185.000 le famiglie unipersonali (10,2% del totale delle famiglie venete) di soggetti over 65 anni con una riduzione nel periodo 2001-2004 del 2,9%.

Mentre, le famiglie unipersonali costituite da over 75 sono 129.000 (7,1% del totale delle famiglie) con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +11,8%: di queste l'87,8% sono donne.

### **Sopravvivenza e mortalità**

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinarsi della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina



anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province del Veneto e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Veneto</b>				
VR Verona	74,0	81,4	76,9	83,6
VI Vicenza	74,0	81,5	76,6	83,5
BL Belluno	72,8	81,0	75,1	82,9
TV Treviso	74,5	82,2	76,9	83,5
VE Venezia	74,0	81,5	76,3	83,1
PD Padova	74,4	81,9	77,2	83,4
RO Rovigo	73,6	81,1	75,7	82,6
<b>Italia</b>	74,4	80,9	76,5	82,5

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Maschi*

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Veneto</b>	<b>48,5</b>	<b>38,2</b>	<b>42,8</b>	<b>36,8</b>	<b>7,6</b>	<b>6,3</b>	<b>26,9</b>	<b>22,0</b>
VR Verona	48,3	37,8	40,9	35,5	7,8	5,5	27,2	21,6
VI Vicenza	53,7	41,3	39,5	35,5	7,7	5,7	26,3	22,8
BL Belluno	47,2	40,0	46,6	40,4	9,3	9,4	33,5	27,8
TV Treviso	46,7	37,2	41,6	36,0	7,8	6,8	26,7	22,2
VE Venezia	46,8	37,2	47,4	39,2	6,7	6,3	25,1	20,9
PD Padova	47,1	36,2	42,4	36,0	7,2	6,2	26,5	21,3
RO Rovigo	51,3	42,4	44,7	38,2	8,5	6,5	27,8	21,1
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Femmine*

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Veneto</b>	<b>30,2</b>	<b>23,5</b>	<b>19,2</b>	<b>17,6</b>	<b>3,2</b>	<b>2,5</b>	<b>14,9</b>	<b>13,3</b>
VR Verona	30,7	24,3	18,8	16,6	3,3	2,5	15,3	13,3
VI Vicenza	32,3	24,2	18,9	16,9	3,5	2,3	14,4	13,3
BL Belluno	30,0	22,4	19,5	18,4	3,8	3,1	16,1	13,7
TV Treviso	28,9	23,3	18,4	17,3	3,1	2,4	13,8	13,2
VE Venezia	28,9	23,4	20,9	18,7	2,9	2,5	15,1	12,7



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



PD	Padova	29,2	21,9	18,8	18,0	3,1	2,4	15,2	13,7
RO	Rovigo	33,4	26,4	19,4	17,8	3,2	2,7	15,5	14,0
	<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

## Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda il Veneto sono stati registrati 20.600 nuovi casi (10.700 negli uomini e 9.900 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 367 casi/100000 maschi e di 281/100000 femmine.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso per i soggetti malati**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud. Parallelamente, il miglioramento delle cure ha ridotto la letalità di alcuni tumori frequenti, per cui si riduce il rischio di morte per gli ammalati di tumore.

## Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**Nel Veneto ci sono stati 3.100 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 114,5 ogni 100.000 donne.**

## Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Veneto sono stati registrati 1.900 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 62 casi/100.000, mentre tra le donne sono stati rilevati 1.550 nuovi casi con un tasso standardizzato di 40 casi/100.000.**

## Tumore del Polmone



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Veneto si sono verificati 2.150 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 69 su 100.000 persone, 700 tra le donne con un tasso standardizzato di 18 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

In Veneto il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 550, con un tasso standardizzato 18, mentre tra le donne è di 350 con un tasso standardizzato di 9.

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**Nel Veneto nel 2002 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è stata del 79%, mentre nel 2003 dell'88%.**

## Malattie infettive

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

## Incidenza AIDS

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

Nel Veneto nel 2004 sono stati registrati 55 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,12 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

## Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi

Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso del Veneto esso risulta dello 0,08 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,11.**

## Dipendenze da sostanza

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Veneto i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 31,7% e ragazze 24,7%; Cocaina ragazzi 4,1% e ragazze 3,8%; Eroina: ragazzi 2,0% e ragazze 2,5%; Allucinogeni: ragazzi 4,1% e ragazze 2,5%; Stimolanti: ragazzi 3,4% e ragazze 2,5%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**Il Veneto ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 un aumento dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,26 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è diminuito ed è dello 0,26 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda il Veneto il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 3,3 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -6,7%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Veneto tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 379,26 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



partire dalla metà degli anni 80. le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può esser determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Veneto nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 6,7 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 11,4 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Veneto, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 27,9% sul totale; con un aumento del 3,4% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Veneto, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,35 per gli uomini e 0,56 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Veneto, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 52 su 56 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,1 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronico-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Veneto, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato dello 0,22, mentre per le Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito è stato delle 0,43 ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Veneto il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 184 di questi ne sono stati effettivi 128 e utilizzati 117.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

L'Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Veneto è diminuito tra il 2002 e il 2003 è pari a 1,81 a 1,78**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Veneto, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 165,00 euro contro 186,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -21,00€; mentre per le AO è pari a 160,00 € contro i 145€ del 2001 con una variazione assoluta di +15,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**Il Veneto ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 198,87 con una partecipazione del pagamento del ticket che varia da un minimo di 2 euro per confezione ad un massimo di 4 euro per ricetta, inoltre vi è un'esenzione tot/parz per patologia e un'esenzione in base al reddito .**

## Rating

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**Il Veneto ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari a Aa2 mentre Fitch e S&P non hanno attribuito nessuna valutazione.**

**Di seguito il commento del Prof. Albino Poli, Sezione di Igiene MPAO - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Verona e referente per la Regione dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

La popolazione del Veneto nel periodo 2002-2004 è cresciuta di circa il 12,3‰, con un leggero incremento (0,5‰) legato al saldo naturale (differenza tra nascite e morti) e un molto più consistente incremento dovuto ai processi migratori (11,8‰). Quasi un quinto della popolazione è costituito da soggetti oltre i 65 anni di età (18.7% della popolazione). In Veneto nel 2005 sono stati registrati 10700 nuovi casi di tumore con tassi di incidenza lievemente superiori alla media nazionale. Tuttavia, se si considera che, per alcune neoplasie sono attivi programmi di screening (tumore della mammella e del colon-retto) è logico attendersi che la ricerca attiva dei casi aumenti il dato di incidenza della malattia, mentre ragionevolmente riduce la mortalità per il fatto che viene posta diagnosi precoce. Un secondo aspetto interessante riguarda il basso tasso di ricoveri ospedalieri per un solo giorno, probabilmente legato ad un corretto ed estensivo uso del day-surgery, del day-hospital e dei servizi specialistici: è questo un indicatore di buon funzionamento della rete assistenziale.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Prof. Albino Poli, Sezione di Igiene MPAO - Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica  
- Università degli Studi di Verona, 339 5813326

*Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295*

***Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703***

***Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619***

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Friuli Venezia Giulia: unica Regione con aziende sanitarie e ospedaliere in attivo**

Nel 2002 un utile medio di 336.000 euro per le 6 ASL e di 581.000 euro per le 3 Aziende Ospedaliere friulane, in netta controtendenza rispetto ai valori negativi della media nazionale.

L'utile o la perdita di esercizio rappresenta l'indicatore più sintetico dell'economicità di un'azienda sanitaria: cioè la capacità della struttura aziendale di utilizzare razionalmente le risorse giungendo al bilancio tra costi e ricavi con l'obiettivo di rendere duratura la vita dell'azienda. Il principio di economicità nel contesto sanitario contempla non solo le capacità gestionali del management e dell'intera azienda, ma anche la dimensione della popolazione, la sua struttura sociodemografica (nel caso delle aziende sanitarie locali) e il bisogno di salute espresso in esplicito dalla domanda di servizi ospedalieri in ricovero (nel caso dell'Azienda Ospedaliera).

La conferma delle ottime capacità gestionali economiche si ritrovano sul fronte di numerosi indicatori regionali: ad esempio il Friuli è la regione con il tasso di ospedalizzazione più basso in Italia (nel 2003 è stato del 120,5 per i ricoveri in regime ordinario e 160,2 per il Day Hospital ogni 1000 abitanti); la mortalità infantile nel 2002 è stata tra le più basse in Italia, pari al 2,1 ogni 1000 abitanti; ha ridotto in modo marcato la mortalità per malattie cardiocircolatorie essendo passato il valore dal 50,7 per il triennio 1991-93 al 38,4 per gli uomini e dal 32,3 al 24,3 nelle donne nello stesso periodo.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Lazio sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

## **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**In Friuli Venezia Giulia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +5,9; il saldo naturale (nascita-morte) è -3,8; il saldo migratorio è del +9,7**

## **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, il Friuli Venezia Giulia ha una mobilità interna pari al 49,7 per 1.000 abitanti con un saldo di +3,5, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 8,6 su 1.000 abitanti con un saldo pari a + 6,2.**

## **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda il Friuli Venezia Giulia, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 21,9% pari a circa 263.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 10,8% pari a circa 129.000 persone.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Friuli Venezia Giulia, nel 2004, si stima che siano 69.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -6,4% e costituisce l'13,4% del totale delle famiglie friulane.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 49.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +3,8% e costituisce il 9,4% del totale delle famiglie piemontesi: di queste l'86,6% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b><i>Friuli-Venezia Giulia</i></b>				
UD Udine	72,9	81,0	76,3	82,8
GO Gorizia	73,8	81,2	75,5	82,5
TS Trieste	73,6	80,4	76,0	81,1



PN Pordenone	74,2	81,5	76,5	83,7
<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Friuli- V.G.</b>	<b>50,7</b>	<b>38,4</b>	<b>45,1</b>	<b>38,4</b>	<b>9,0</b>	<b>6,9</b>	<b>28,0</b>	<b>24,4</b>
UD Udine	50,6	38,8	45,9	38,9	9,8	6,9	28,7	23,5
GO Gorizia	50,6	42,9	47,3	39,2	8,3	8,0	24,1	21,3
TS Trieste	54,0	37,7	42,3	38,4	8,6	6,5	30,5	27,8
PN Pordenone	47,1	35,9	45,3	37,3	7,9	6,4	26,2	24,2
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Friuli- V.G.</b>	<b>32,3</b>	<b>24,3</b>	<b>21,5</b>	<b>19,6</b>	<b>3,5</b>	<b>2,8</b>	<b>15,7</b>	<b>13,9</b>
UD Udine	32,5	23,8	20,9	19,8	3,2	2,8	15,4	13,2
GO Gorizia	30,4	24,9	22,6	20,8	3,0	2,1	14,9	13,5
TS Trieste	34,3	26,1	23,0	20,4	4,6	3,2	17,8	16,6
PN Pordenone	30,3	22,8	20,2	17,7	3,0	2,4	14,2	12,6
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda il Friuli Venezia Giulia sono stati registrati 6.400 nuovi casi (3.200 negli uomini e 3.200 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 380 per gli uomini e 324 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**Nel Friuli Venezia Giulia ci sono stati 900 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 117,4 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Friuli Venezia Giulia sono stati registrati 700 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 80 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 600 nuovi casi con un tasso standardizzato di 53 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Friuli Venezia Giulia si sono verificati 500 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 59 su 100.000 persone, 250 tra le donne con un tasso standardizzato di 21 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Friuli Venezia Giulia il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 200, con un tasso standardizzato 21, mentre tra le donne è di 150 con un tasso standardizzato di 11.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Friuli Venezia Giulia per il periodo 2002-2003 non esistono dati disponibili circa la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico.**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Friuli Venezia Giulia nel 2004 sono stati registrati 15 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,07 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso del Friuli Venezia Giulia esso risulta dello 0,08 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,41.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Friuli Venezia Giulia i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 32,6% e ragazze 22,5%; Cocaina ragazzi 5,5% e ragazze 3,0%; Eroina: ragazzi 3,1% e ragazze 3,0%; Allucinogeni: ragazzi 5,7% e ragazze 2,3%; Stimolanti: ragazzi 4,5% e ragazze 2,4%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3, 16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**Il Friuli Venezia Giulia ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,14 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,40 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese. La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda il Friuli Venezia Giulia il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 2,1 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a +7,3%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Friuli Venezia Giulia il tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 371,2 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Friuli Venezia Giulia nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 8,1 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 13,3 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Friuli Venezia Giulia, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 22,4% sul totale; con un aumento del 2,5% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Friuli Venezia Giulia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,08 per gli uomini e 0,70 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Friuli Venezia Giulia, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 14 su 16 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,1 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronico-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Friuli Venezia Giulia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,18 e 0,39 per le CLTD**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**(Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative. La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Friuli Venezia Giulia il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 55 di questi ne sono stati effettivi 37 e utilizzati 34.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Friuli Venezia Giulia non è variato tra il 2002 e il 2003 è pari a 1,59**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Friuli Venezia Giulia, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 192,00 euro contro 332,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -140,00€; mentre per le AO è pari a 142,00 € contro i 147€ del 2001 con una variazione assoluta di -5,00€.

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica. Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**Il Friuli Venezia Giulia ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 210,51€ senza applicare ticket.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**Il Friuli Venezia Giulia ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA, Moody's non ha attribuito valutazione, mentre S&P ha attribuito una valutazione pari a AA-.**

**Referente per la Regione Friuli Venezia Giulia dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane: Dott. Carlo ; Francescutti Agenzia Regionale di Sanità, Trieste**

**Dott. Carlo ; Francescutti Agenzia Regionale di Sanità, Trieste: 328 1004558**

*Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295*

***Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703***

***Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619***

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Liguria è la Regione complessivamente più serena**

**La regione Liguria ha complessivamente il più basso tasso di mortalità per suicidio in Italia: nel 2002 0,84 per gli uomini e 0,14 per le donne a fronte di un dato nazionale rispettivamente del 1,07 e 0,27.**

L'analisi della mortalità per suicidio è finalizzata a valutare, in modo indiretto, il livello di salute mentale della popolazione, nonché l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione degli episodi di acuzie (incluso il sistema di emergenza).

Si stima che il 90% dei suicidi siano associati a patologie psichiatriche gravi: psicosi schizofreniche, sindromi maniaco-depressive (disturbo bipolare), depressioni maggiori ricorrenti. Tra i determinanti cosiddetti "minori" sono invece le reazioni acute a seguito di eventi psico-sociali stressanti, la disoccupazione, l'alcolismo e/o l'abuso di sostanze stupefacenti, le malattie gravi ed invalidanti, oltre all'età avanzata ed il sesso maschile. Esistono inoltre alcuni fattori di rischio peculiari per specifiche fasce di età: negli adolescenti, il cosiddetto disagio giovanile; negli anziani, oltre ai motivi organici (decadimento delle funzioni vitali, etc.), la perdita del ruolo sociale, la solitudine, l'alterazione delle relazioni interpersonali con familiari e conoscenti. Sul fronte anziani **la Liguria ha una popolazione di ultra sessantacinquenni superiore a un quarto del totale dei residenti**: la popolazione con 65 e più anni è aumentata dal 2002 al 2004 del 26,3% pari a circa 415.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 12,8% pari a circa 202.000 persone.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.



**Di seguito il profilo della Regione Liguria sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**In Liguria, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +4,7; il saldo naturale (nascita-morte) è -6,3; il saldo migratorio è del +11**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Liguria ha una mobilità interna pari al 43,7 per 1.000 abitanti con un saldo di +1,7, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 7,9 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +6,1.**

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.



**Per quanto riguarda Liguria, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 26,3% pari a circa 415.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 12,8% pari a circa 202.000 persone.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Liguria, nel 2004, si stima che siano 109.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -7,3 e costituisce l'14,5% del totale delle famiglie liguri.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 75.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +1,2% e costituisce il 9,9% del totale delle famiglie liguri: di queste l'84,3% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Liguria</b>				

**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



IM	Imperia	74,0	80,6	76,1	82,0
SV	Savona	74,4	81,3	76,2	82,1
GE	Genova	73,7	80,6	76,6	82,7
SP	La Spezia	75,1	81,7	76,8	82,6
	<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia		S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Liguria</b>	<b>48,9</b>	<b>37,4</b>	<b>39,6</b>	<b>35,3</b>	<b>6,5</b>	<b>4,7</b>	<b>30,3</b>	<b>27,6</b>
IM	Imperia	48,9	40,2	36,7	32,6	8,4	6,9	30,5	26,8
SV	Savona	49,2	41,2	36,0	34,2	7,1	6,6	26,8	24,0
GE	Genova	50,0	36,1	41,5	36,3	6,1	3,6	32,1	30,2
SP	La Spezia	44,3	35,2	39,7	35,3	5,5	5,0	27,2	22,9
	<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Femmine**

Regione / Provincia		Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Liguria</b>	<b>32,0</b>	<b>24,8</b>	<b>19,5</b>	<b>18,1</b>	<b>3,3</b>	<b>2,3</b>	<b>16,6</b>	<b>16,3</b>
IM	Imperia	32,1	27,2	18,1	17,7	3,8	2,8	18,3	18,0
SV	Savona	31,7	25,9	18,8	19,1	3,3	2,8	16,2	15,2
GE	Genova	32,2	24,0	20,3	18,2	3,3	2,1	17,0	17,2
SP	La Spezia	31,4	24,2	18,4	16,5	2,9	2,1	13,8	12,7
	<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda Liguria sono stati registrati 8.750 nuovi casi (4750 negli uomini e 4.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 374 per gli uomini e 271 per le donne).

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo



principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Liguria ci sono stati 1.350 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 114,4 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Liguria sono stati registrati 750 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 56 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 650 nuovi casi con un tasso standardizzato di 35 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il cancro polmonare è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Liguria si sono verificati 850 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 66 su 100.000 persone, 250 tra le donne con un tasso standardizzato di 15 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Liguria il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 200, con un tasso standardizzato 15, mentre tra le donne è di 150 con un tasso standardizzato di 6.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto. I programmi di screening organizzati garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa. Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Liguria nel 2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 27,7%**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Liguria nel 2004 sono stati registrati 57 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,96 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Liguria esso risulta dello 0,06 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,23.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Liguria i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 34,5% e ragazze 26,4%; Cocaina ragazzi 6,0% e ragazze 5,1%; Eroina: ragazzi 3,6% e ragazze 3,2%; Allucinogeni: ragazzi 7,2% e ragazze 4,0%; Stimolanti: ragazzi 4,5% e ragazze 4,5%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**La Liguria ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dello 0,84 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,14 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita). Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Liguria il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 3,5 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,4%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 584,0 per 1.000 abitanti**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Liguria, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 12,8 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 25-29 anni con 19,1 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Liguria, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 32,3% sul totale; con un aumento del 3,8% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Liguria, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,06 per gli uomini e 0,34 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Liguria, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 20 su 21 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,1 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Liguria, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,28 e 0,34 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Liguria il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 80 di questi ne sono stati effettivi 54 e utilizzati 44.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Liguria è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,04 a 1,25**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.



I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Liguria, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 118,00 euro contro 174,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -56,00€, mentre per le AO è pari a 212,00 € contro i 222€ del 2001 con una variazione assoluta di -10,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica. Le uniche regioni a non avere reintrodotto, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Liguria ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 285,42€ con una partecipazione del pagamento del ticket che varia da un minimo di 2 euro per confezione ad un massimo di 4 euro per ricetta, inoltre vi è un'esenzione tot/parz per patologia e un'esenzione in base al reddito .**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Liguria ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari a Aa3 e Fitch AA-, mentre Fitch non attribuisce nessuna valutazione.**

**Di seguito il commento del Prof. Pietro Crovari, Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi di Genova e referente per la Regione Liguria dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

La struttura della popolazione ligure, soprattutto se confrontata con quella di altre Regioni, testimonia una dinamica che accentua sempre più il processo di invecchiamento, in atto già da molti anni, accompagnato ad una ridotta e decrescente percentuale di giovani.

L'elevata presenza di popolazione anziana residente condiziona alcuni fenomeni di salute come, ad esempio, quello della sicurezza in ambiente domestico, la cui promozione rappresenta soltanto uno degli obiettivi per il triennio 2005-2007 del Piano regionale della prevenzione. Fra i suoi molteplici ambiti di azione sono stati inseriti, secondo le indicazioni emanate dal Ministero della Salute, la prevenzione del rischio cardiovascolare e delle complicanze diabetiche, in considerazione del fatto che, nel 2002, i ricoveri ordinari nei reparti di cardiologia e cardiocirurgia sono stati il 5% della totalità e che complessivamente le cause cardiovascolari rappresentano uno dei principali motivi di ospedalizzazione in Liguria.

Prof. **Pietro Crovari**, Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi di Genova 333 2184489

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino** ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703

**Andrea Tomasini** ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Emilia Romagna la Regione con la speranza di vita alla nascita più lunga**

**Complessivamente l'Emilia Romagna per il triennio 1999-01 fa registrare per maschi una mortalità del 92,9 (era del 108,9 per il triennio 1991-93) e per le femmine del 54,3 (era del 64,8 per il triennio 1991-93) rispetto i valori nazionali che sono rispettivamente del 103,5 e del 61,3. Per le donne inoltre si registra in questa regione la più bassa mortalità in assoluto per malattie cardiocircolatorie. Ma risultati lusinghieri si registrano per tutte le altre cause di morte prese in considerazione dal Rapporto Osservasalute, ben al di sotto dei valori nazionali.**

Numerosi in questa regione i dati positivi, distribuiti tra i diversi indicatori presi in esame dal rapporto Osservasalute: tra gli altri l'Emilia Romagna è tra le regioni anche ai primi posti per l'abbattimento nelle scuole delle barriere architettoniche per i disabili; sul fronte dei parti cesarei l'Emilia Romagna è la regione che registra la crescita minore, +1,1% dal 1998 al 2003, rispetto a un aumento nazionale del 5,2% rispetto al 1998.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Emilia Romagna sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



(+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 residenti.

In Emilia Romagna, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +13,7; il saldo naturale (nascita-morte) è -2,4; il saldo migratorio è del +16,1

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosetentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

Per quanto riguarda le singole regioni, l'Emilia Romagna ha una mobilità interna pari al 54,2 per 1.000 abitanti con un saldo di +5,5, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 9,6 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +8,1.

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda l'Emilia Romagna, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 22,7% pari a circa 925.000 nuovi "anziani"; mentre la popolazione "vecchia" è pari al 11,1% pari a circa 453.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in



famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**L'Emilia Romagna, nel 2004, si stima che siano 215.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -3,6% e costituisce il 12,3% del totale delle famiglie romagnole.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 152.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +7,1% e costituisce il 8,7% del totale delle famiglie romagnole: di queste l'84,5% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Emilia-Romagna</b>				
PC Piacenza	73,5	81,0	76,2	82,7
PR Parma	74,2	81,4	76,7	83,6
RE Reggio Emilia	75,3	81,8	77,2	83,8
MO Modena	75,0	81,7	77,3	83,7
BO Bologna	75,1	81,4	77,2	83,4
RN Rimini	-	-	78,2	83,6
FE Ferrara	73,6	80,8	76,2	81,9



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



RA	Ravenna	75,6	82,4	77,4	82,9
FO	Forlì-Cesena	75,6	82,3	77,6	83,8
	<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Maschi*

Regione / Provincia		S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Emilia- Romagna</b>	<b>45,6</b>	<b>37,0</b>	<b>38,4</b>	<b>33,6</b>	<b>8,0</b>	<b>6,3</b>	<b>23,6</b>	<b>20,6</b>
PC	Piacenza	54,2	39,3	42,2	37,3	8,1	6,8	23,4	21,4
PR	Parma	48,2	38,5	40,2	34,3	7,9	6,1	25,0	22,1
	Reggio								
RE	Emilia	44,9	39,6	35,8	32,0	7,7	6,4	23,4	20,8
MO	Modena	45,6	37,4	37,0	32,3	7,5	5,6	25,9	20,9
BO	Bologna	44,3	35,9	37,8	32,5	8,1	6,1	23,0	21,1
RN	Rimini	43,8	33,6	40,0	34,8	6,3	5,3	24,2	18,0
FE	Ferrara	50,7	39,2	44,1	36,6	9,9	7,3	25,6	23,1
RA	Ravenna	41,3	34,6	34,7	32,4	8,9	7,1	20,2	19,2
	Forlì-								
FO	Cesena	40,0	35,1	37,6	34,3	8,0	7,1	22,2	17,4
	<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Femmine*

Regione / Provincia		Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Emilia- Romagna</b>	<b>29,6</b>	<b>23,5</b>	<b>19,9</b>	<b>18,2</b>	<b>3,2</b>	<b>2,5</b>	<b>13,9</b>	<b>12,8</b>
PC	Piacenza	34,8	24,5	20,1	19,5	3,2	2,6	13,0	12,1
PR	Parma	29,4	23,8	20,7	19,2	3,0	2,2	14,3	13,0
	Reggio								
RE	Emilia	29,5	24,1	19,2	16,9	3,4	2,4	14,0	12,5
MO	Modena	28,4	23,1	19,5	17,4	3,0	2,2	14,8	13,1
BO	Bologna	29,8	22,7	20,5	18,6	3,3	2,6	14,1	13,6
RN	Rimini	28,4	22,4	19,7	17,3	2,9	2,0	13,2	10,8
FE	Ferrara	33,9	26,6	20,7	19,0	2,9	3,3	15,8	14,3
RA	Ravenna	26,8	22,7	17,5	18,0	3,5	3,0	12,2	12,0
	Forlì-								
FO	Cesena	26,2	23,1	20,3	17,8	3,0	2,4	12,4	10,9
	<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

## Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda l'Emilia Romagna sono stati registrati 20.500 nuovi casi (10.600 negli uomini e 9.900 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 352 per gli uomini e 294 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

## Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Emilia Romagna ci sono stati 2.850 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 108,5 ogni 100.000 donne.**

## Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Emilia Romagna sono stati registrati 2.300 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 74 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 1.550 nuovi casi con un tasso standardizzato di 40 casi (per 100.000).**

## Tumore del Polmone

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Emilia Romagna si sono verificati 1.900 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 61 su 100.000 persone, 600 tra le donne con un tasso standardizzato di 18 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Emilia-Romagna il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 750, con un tasso standardizzato 24, mentre tra le donne è di 500 con un tasso standardizzato di 12.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto. I programmi di screening organizzati garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa. Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Emilia Romagna nel periodo 2002-2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 100%.**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie

infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Emilia Romagna nel 2004 sono stati registrati 136 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,07 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso dell'Emilia Romagna esso risulta dello 0,15 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,30.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. **Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.**

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Emilia Romagna i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 38,0% e ragazze 26,1%; Cocaina ragazzi 9,7% e ragazze 4,2%; Eroina: ragazzi 4,0% e ragazze 2,1%; Allucinogeni: ragazzi 6,4% e ragazze 2,9%; Stimolanti: ragazzi 6,0% e ragazze 2,1%.**



### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**L'Emilia Romagna ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,35 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,38 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda l'Emilia Romagna il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 3,5 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Emilia Romagna tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 451,7 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Emilia Romagna, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari all'11,3 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 19,0 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Emilia Romagna, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 30,4% sul totale; con un aumento del 1,1% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Emilia Romagna, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,71 per gli uomini e 0,78 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Emilia Romagna, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 38 su 43 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,1 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Emilia Romagna, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,19 e 0,36 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Emilia Romagna il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 214 di questi ne sono stati effettivi 120 e utilizzati 114.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Emilia Romagna è diminuito tra il 2002 e il 2003 da 1,62 a 1,58**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Emilia Romagna, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 211,00 euro contro 315,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -104,00€; mentre per le AO è pari a 276,00 € contro i 241,00€ del 2001 con una variazione assoluta di +35,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**L'Emilia Romagna ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 213,67€ senza nessuna partecipazione del pagamento del ticket ne altre esenzioni.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**L'Emilia Romagna ha avuto una valutazione da parte di Moody's Aa2 e S&P AA- mentre Fitch non ha fornito nessuna valutazione.**

**Di seguito il commento del Prof Carlo Signorelli, Istituto di Igiene - Università degli Studi di Parma e referente per la Regione dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute** Come nel rapporto dello scorso anno l'Emilia-Romagna appare una delle regioni con i migliori indicatori sanitari d'Italia tra i quali emerge la speranza di vita alla nascita che risulta essere di oltre 77 anni per i maschi e di quasi 84 per le femmine. Tra le province permane il primato della più elevata speranza di vita a Rimini e la più bassa (sempre comunque superiore alla media nazionale) a Piacenza. Ma dal rapporto emergono anche alcune situazioni critiche come l'incidenza di alcuni tumori superiori alla media nazionale come quello mammario (108,5 per 100.000 contro 102) e il tumore allo stomaco, la cui incidenza è del 15% superiore alla media nazionale e anche per l'incidentalità stradale l'Emilia-Romagna fa registrare dati superiori alla media nazionale.

Contatti del Prof. Carlo Signorelli, Istituto. di Igiene - Università degli Studi di Parma; Emilia-Romagna, cell 335 228820

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Toscana: la Regione che ha diminuito maggiormente la mortalità infantile**

**Dal 1990 al 2002 si registra in Toscana una riduzione della mortalità infantile del 8,9%, essendo la mortalità infantile passata dal 6,5 nel triennio 1990-92 al 2,9 nel triennio 2000-02.**

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita). Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura *proxy* della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del territorio, e quindi un indice della buona qualità dell'assistenza sanitaria. Numerose le conferme in questo senso nella regione Toscana: sul fronte gestionale si registra un buon equilibrio di bilancio con un attivo di esercizio per le 3 aziende ospedaliere toscane.

Sul piano della prevenzione si registra un'efficace attività nei confronti del melanoma maligno, essendo attivo sin dai primi anni '90 un programma di prevenzione nei confronti di questa patologia campagne di educazione sanitaria e di diagnosi precoce anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.



**Di seguito il profilo della Regione Toscana sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**In Toscana, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +9,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -3,0; il saldo migratorio è del +12,5.**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosetentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Toscana ha una mobilità interna pari al 46,8 per 1.000 abitanti con un saldo di +2,6, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 8,6 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +7,0.**

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.



Per quanto riguarda la Toscana, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 22,9% pari a circa 818.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 11,3% pari a circa 402.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Toscana, nel 2004, si stima che siano 171.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -3,0 e costituisce l'11,6% del totale delle famiglie toscane.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 123.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +9,1% e costituisce il 8,3% del totale delle famiglie toscane: di queste l'85,7% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Toscana</b>				
MS Massa Carrara	73,8	81,2	75,5	82,5





**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



AR	Arezzo	30,6	26,2	18,2	16,6	3,6	2,6	14,8	13,1
SI	Siena	33,2	25,4	18,5	16,4	2,8	2,0	13,4	11,6
GR	Grosseto	32,5	26,7	19,1	17,1	3,3	2,3	16,2	12,9
	<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

## Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

**Per quanto riguarda La Toscana sono stati registrati 17.500 nuovi casi (9.650 negli uomini e 8.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 361 per gli uomini e 272 per le donne.**

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

## Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Toscana ci sono stati 2.400 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 103,9 ogni 100.000 donne.**

## Tumore del colon retto

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Toscana sono stati registrati 1.700 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 60 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 1.200 nuovi casi con un tasso standardizzato di 34 casi (per 100.000)..**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



## **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Toscana si sono verificati 1.650 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 60 su 100.000 persone, 450 tra le donne con un tasso standardizzato di 14 casi su 100.000.**

## **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Toscana il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 700, con un tasso standardizzato 25, mentre tra le donne è di 470 con un tasso standardizzato di 12.**

## **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Toscana nel periodo 2002-2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 100%.**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Toscana nel 2004 sono stati registrati 88 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,04 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Toscana esso risulta dello 0,28 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,42.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.



Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Toscana i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 40,1% e ragazze 33,2%; Cocaina ragazzi 6,0% e ragazze 4,2%; Eroina: ragazzi 4,4% e ragazze 2,1%; Allucinogeni: ragazzi 7,5% e ragazze 4,5%; Stimolanti: ragazzi 6,0% e ragazze 3,5%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**La Toscana ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,08 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è aumentato ed è dello 0,24 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Toscana il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 2,0 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -7,5%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Toscana tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 458,1 per 1.000 abitanti**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Toscana, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 9,4 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 14,8 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Toscana, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 25,3% sul totale; con un aumento del 2,8% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48 x 10.000 casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Toscana il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,01 per gli uomini e 0,49 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Toscana, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 43 su 62 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,4 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Toscana, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,21 e 0,33 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Toscana il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 220 di questi ne sono stati effettivi 127 e utilizzati 109.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Toscana è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,35 a 1,41**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Toscana, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 204,00 euro contro 291,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -87,00€; mentre per le AO è pari a 145,00 € contro i 73€ del 2001 con una variazione assoluta di +72,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le

Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Toscana ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 205,84€ senza nessuna partecipazione del pagamento del ticket.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Toscana ha avuto una valutazione da parte di S&P pari a AA-, Moody's Aa2, Fitch non attribuisce valutazione.**

**Di seguito il commento del Prof. Nicola Nante, Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Siena e referente per la Regione dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura *proxy* della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del territorio, e quindi un indice della buona qualità dell'assistenza sanitaria. Numerose le conferme in questo senso nella regione Toscana. Quanto all'assistenza ospedaliera, lo studio della mobilità sanitaria (flussi dei pazienti ospedalieri) pone la Toscana tra le regioni più "performanti".

È infatti ragionevole pensare che le regioni, come la Toscana, che maggiormente attraggono pazienti da fuori e che sono meno dipendenti dalle altre per soddisfare i bisogni di ospedalizzazione dei propri residenti, abbiano un servizio sanitario più apprezzato ed attrezzato. Sul fronte gestionale le Aziende Sanitarie Toscane nel complesso fanno registrare un buon equilibrio di bilancio.

Sul piano della prevenzione si registra un'efficace attività nei confronti del melanoma maligno, essendo attivo sin dai primi anni '90 un programma di prevenzione nei



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



confronti di questa patologia campagne di educazione sanitaria e di diagnosi precoce anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Prof. **Nicola Nante**, Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Siena: 333 6369050

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Umbria investe più di tutti in formazione del personale**

**Oltre 1000 euro nel 2001 la spesa procapite in formazione per il personale dipendente delle ASL in Regione Umbria, a fronte di una media nazionale di 234 euro. delle aziende sanitarie 2001 oltre 1000 euro nel 2001.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e delle capacità di natura sia tecnico professionale sia gestionale. Il costo sostenuto per le attività formative rappresenta un indicatore della disponibilità all'azienda ad investire nel proprio sviluppo futuro attraverso un investimento fatto sul capitale intellettuale del personale. Nei costi presi in esame sono inclusi anche i programmi accreditati di Educazione Continua in Medicina promossi in ambito aziendale e finanziati dalla stessa azienda per l'aggiornamento del personale medico, al fine di renderlo sempre più preparato sul piano clinico e gestionale.

A conferma della buona qualità dell'assistenza sanitaria, tra gli altri dati, il proxy costituito dalla bassa mortalità infantile. In Umbria il tasso di mortalità infantile per il 2002 è del 2,1, la più bassa in Italia insieme con il Friuli, nettamente più bassa rispetto al dato nazionale che è del 4,1.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Umbria sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**In Umbria, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +13,0; il saldo naturale (nascita-morte) è -2,4; il saldo migratorio è del +15,3**

## **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, l'Umbria ha una mobilità interna pari al 33,7 per 1.000 abitanti con un saldo di +3,5, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 10,1 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +8,9.**

## **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda l'Umbria, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 23,2% pari a circa 196.000 nuovi "anziani", mentre la popolazione "vecchia" è pari al 11,4% pari a circa 97.000 persone.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Umbria, nel 2004, si stima che siano 42.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del +7,1 e costituisce il 12,6% del totale delle famiglie umbre.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 30.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +22,2% e costituisce il 9% del totale delle famiglie umbre: di queste l'86,4% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Umbria</b>				
PG Perugia	75,3	81,9	78,0	83,4
TR Terni	75,6	81,2	77,0	83,0

**Italia 74,4 80,9 76,5 82,5 |**

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Umbria</b>	<b>50,6</b>	<b>38,8</b>	<b>33,5</b>	<b>30,0</b>	<b>7,3</b>	<b>5,8</b>	<b>24,5</b>	<b>20,4</b>
PG Perugia	51,2	37,9	34,6	30,3	7,3	5,9	23,9	19,7
TR Terni	49,1	41,0	31,0	29,2	7,2	5,8	25,9	22,2
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Umbria</b>	<b>32,9</b>	<b>25,3</b>	<b>17,7</b>	<b>16,1</b>	<b>3,1</b>	<b>2,2</b>	<b>14,7</b>	<b>12,4</b>
PG Perugia	32,2	24,8	17,9	16,2	3,1	2,2	14,1	12,1
TR Terni	34,7	26,5	17,3	15,9	3,0	2,0	16,1	13,2
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### **Tumori**

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda l'Umbria sono stati registrati 4.200 nuovi casi (2.3000 negli uomini e 1.900 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 361 per gli uomini e 275 per le donne).

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Umbria ci sono stati 600 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 106,4 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Umbria sono stati registrati 450 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 65 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 300 nuovi casi con un tasso standardizzato di 37 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Umbria si sono verificati 350 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 51 su 100.000 persone, 100 tra le donne con un tasso standardizzato di 15 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Umbria il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 200, con un tasso standardizzato 29, mentre tra le donne è di 120 con un tasso standardizzato di 13.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa. Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sue e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Umbria nel periodo 2002 la percentuale di donne di età 50-69 anni che sono state inserite in un programma di screening mammografico è stata dell'86% e nel 2003 dell'88,5%.**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Umbria nel 2004 sono stati registrati 9 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,98 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso dell'Umbria esso risulta dello 0,00 casi su 100.000 abitanti dimostrando nessuna variazione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,00.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1.

Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Umbria i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 31,9% e ragazze 25,9%; Cocaina ragazzi 7,6% e ragazze 4,0%; Eroina: ragazzi 4,5% e ragazze 3,3%; Allucinogeni: ragazzi 5,8% e ragazze 3,7%; Stimolanti: ragazzi 5,1% e ragazze 3,5%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3, 16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**L' Umbria ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 un aumento dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,52 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è aumentato ed è dello 0,47 ogni 10.000 abitanti.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda l'Umbria il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 2,1 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -6,4%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Umbria tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 328,8 per 1.000 abitanti**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Umbria, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 11,4 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 19,0 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Umbria, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 30,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzata 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Umbria, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,28 per gli uomini e 0,60 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Umbria, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 11 su 14 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,3 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Umbria, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,28 e 0,33 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Umbria il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 37 di questi ne sono stati effettivi 14 e utilizzati 14.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Umbria è diminuito tra il 2002 e il 2003 da 1,81 a 1,78**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Umbria, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 357,00 euro contro 1.069,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -712,00€, mentre per le AO è pari a 59,00 € contro i 54€ del 2001 con una variazione assoluta di +5,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**L'Umbria ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 211,00€ senza nessuna partecipazione del pagamento del ticket né altre esenzioni.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**L'Umbria ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA, Moody's Aa3 e S&P pari a AA-.**

**Referente per la Regione Umbria dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane è il Dott. Marsilio Francucci Unità Day Surgery - Az. Ospedaliera Santa Maria, Terni 335 7529228**

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Marche: la Regione con il più alto tasso di donatori d'organo**

**La Regione Marche ha dimostrato nel 2004 di essere una regione donatrice: il progressivo aumento dei donatori è confermato dal tasso annuale di donazione: 36 per 1.000.000 di residenti con 53 donatori effettivi e 32,6 per 1.000.000 di residenti con 48 donatori utilizzati.**

Le ragioni di questo eccellente risultato stanno nel fatto che gli ospedali sono stati più motivati all'attività di prelievo e nelle rianimazioni c'è stata una migliore identificazione dei potenziali donatori, oltre al fatto che hanno migliorato le loro performances i singoli Coordinatori locali.

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

Tra le aree di eccellenza delle Regione Marche si segnala l'attivazione quasi tutti gli ospedali della regione di programmi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, dato che le marche condividono con la regione Friuli.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Marche sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**Nelle Marche, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +10,6; il saldo naturale (nascita-morte) è -1,8; il saldo migratorio è del +12,4**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosetteentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, le Marche hanno una mobilità interna pari al 40,4 per 1.000 abitanti con un saldo di +3,8, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 9,0 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +7,4.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda le Marche, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 22,2% pari a circa 334.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 10,8% pari a circa 163.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**Nelle Marche, nel 2004, si stima che siano 69.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -4,4 e costituisce l'12% del totale delle famiglie marchigiane.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 50.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +19,7% e costituisce il 8,6% del totale delle famiglie marchigiane: di queste l'87,1% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Marche</b>				
PS Pesaro-Urbino	75,7	82,5	77,2	83,1
AN Ancona	76,3	82,1	77,8	83,9
MC Macerata	76,0	82,2	78,2	83,6

**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



AP	Ascoli Piceno	76,2	81,7	78,0	83,5
	<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Marche</b>	<b>44,8</b>	<b>36,5</b>	<b>34,2</b>	<b>31,0</b>	<b>6,9</b>	<b>6,1</b>	<b>23,0</b>	<b>19,3</b>
PS	44,0	35,1	36,2	32,1	7,4	6,9	24,1	20,9
AN	43,7	36,8	35,5	32,6	6,2	6,2	21,9	19,8
MC	47,0	36,0	33,8	29,8	6,8	5,8	22,8	17,4
AP	44,8	37,8	31,1	29,3	7,5	5,4	23,6	18,9
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Marche</b>	<b>30,3</b>	<b>24,0</b>	<b>17,6</b>	<b>16,0</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>13,9</b>	<b>11,7</b>
PS	29,2	23,2	17,4	16,6	2,7	2,9	14,8	12,8
AN	29,5	23,3	18,4	16,6	3,1	2,5	13,3	11,5
MC	31,1	24,5	17,3	16,0	3,0	2,6	12,9	10,9
AP	31,7	25,3	16,9	14,6	3,4	2,3	14,8	11,4
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda le Marche sono stati registrati 6.900 nuovi casi (3.900 negli uomini e 3.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 355 per gli uomini e 260 per le donne.



Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**Nelle Marche ci sono stati 1.000 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 106,5 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**Nelle Marche sono stati registrati 750 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 63 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 500 nuovi casi con un tasso standardizzato di 37 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**Nelle Marche si sono verificati 600 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 52 su 100.000 persone, 150 tra le donne con un tasso standardizzato di 13 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**Nelle Marche il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 300, con un tasso standardizzato 26, mentre tra le donne è di 200 con un tasso standardizzato di 14.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**Nelle Marche non ci sono dati disponibili circa la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico nel periodo 2002-2003.**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è



registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**Nelle Marche nel 2004 sono stati registrati 37 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,98 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Marche esso risulta dello 0,88 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,90.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**Nelle Marche i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 30,7% e ragazze 27,5%; Cocaina ragazzi 7,1% e ragazze 3,5%; Eroina: ragazzi 3,2% e ragazze 3,4%; Allucinogeni: ragazzi 4,1% e ragazze 2,6%; Stimolanti: ragazzi 6,2% e ragazze 2,5%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**Le Marche hanno registrato nel 2002 rispetto al 1992 un aumento dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,23 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è diminuito ed è dello 0,18 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese. La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda le Marche il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 4,0 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -4,5%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**Nelle Marche tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 485,7 per 1.000 abitanti**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**Nelle Marche, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 8,0 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella due classi 20-24 e 25-29 anni con 12,5 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**Nelle Marche, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 35,4% sul totale; con un aumento del 2,2% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**Nelle Marche, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,06 per gli uomini e 0,56 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**Nelle Marche le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 16 su 17 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,0 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**Nelle Marche, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,18 e 0,22 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. Nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**Nelle Marche il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 69 di questi ne sono stati effettivi 53 e utilizzati 48.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia nelle Marche è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,37 a 1,46**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



## **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**Nelle Marche, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 195,00 euro contro 272,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -77,00€, mentre per le AO è pari a 82,00 € contro i 185€ del 2001 con una variazione assoluta di -103,00€.**

## **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica. Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**Le Marche hanno una spesa farmaceutica lorda procapite di 219,46€ senza nessuna partecipazione del pagamento del ticket.**

## **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**Le Marche hanno avuto una valutazione da parte di S&P pari a AA-, Moody's pari a Aa3, Fitch non attribuisce valutazione.**

**Di seguito il commento del Prof. Marcello D'Errico *Cattedra di Igiene - Università Politecnica delle Marche, Ancona* e referente per la Regione Marche dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

La Regione Marche si caratterizza per livelli di salute pari o superiori alla media italiana. La quota di popolazione anziana è aumentata del 22% a testimonianza dell'elevata qualità della vita. Il tasso di mortalità infantile risulta inferiore alla media nazionale ed in costante diminuzione. Più elevato della media nazionale il tasso di mortalità per incidenti stradali mentre risulta inferiore il dato relativo agli incidenti domestici grazie a campagne informative realizzate nelle scuole. La qualità dell'assistenza territoriale si dimostra particolarmente elevata testimoniata dai tassi di ricovero per patologie quali asma e diabete mellito.

Elementi di eccellenza sono rappresentati dalla gestione organizzativa dei percorsi terapeutici per le malattie neoplastiche e per l'attività legata ai trapianti. Per quest'ultimo aspetto le Marche è la regione che ha il più alto tasso di donatori d'organo dimostrato dal progressivo incremento del tasso annuale di donazione. Si segnala, infine, l'attivazione in quasi tutti gli ospedali della regione di programmi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere.

Prof. **Marcello D'Errico** *Cattedra di Igiene - Università Politecnica delle Marche, Ancona* 339 2680877

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino** ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703

**Andrea Tomasini** ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Lazio: la Regione con tasso più alto di inserimento bambini disabili a scuola**

**Con una percentuale del 2,36% di alunni con disabilità rispetto al totale degli alunni nell'anno scolastico 2002-03 la Regione Lazio guida la classifica delle regioni per l'inserimento di alunni disabili nelle scuole statali.**

Il risultato, importante, segna la continuità tra il dato della disabilità e la volontà di superare la mera diagnosi medica della stessa, per offrire un ambiente che non discrimina, cioè una soluzione dei problemi oggettivi che incontrano nel quotidiano le persone menomate nelle funzioni e strutture corporee. La logica conseguenza è nella trasposizione dell'idea di salute in benessere fisico, psichico e sociale superando lo stereotipo secondo cui solo gli interventi medici sono appropriati verso un processo di piena inclusione sociale. In Italia il tasso medio di inserimento di alunni con disabilità nelle scuole statali nell'anno scolastico 2002-03 è dell'1,92.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Lazio sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una



lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 residenti.

**Nel Lazio, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +9,8; il saldo naturale (nascita-morte) è +0,2; il saldo migratorio è del +9,7**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosetteentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, il Lazio ha una mobilità interna pari al 38,8 per 1.000 abitanti con un saldo di +0,8, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 8,8 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +6,6.**

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda il Lazio, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 18,6% pari a circa 968.000 nuovi "anziani"; mentre la popolazione "vecchia" è pari al 8,2% pari a circa 425.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie



italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**Nel Lazio, nel 2004, si stima che siano 204.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -5,3% e costituisce l'9,7% del totale delle famiglie laziali.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 135.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +6,9% e costituisce il 6,4% del totale delle famiglie laziali: di queste l'84,5% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Lazio</b>				
VT Viterbo	74,5	80,6	76,3	82,4
RI Rieti	75,0	80,3	76,2	82,2
RM Roma	74,3	80,6	76,6	82,2
LT Latina	74,3	80,7	75,8	82,3
FR Frosinone	75,6	80,9	76,4	82,9
<b>Italia</b>	74,4	80,9	76,5	82,5

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 – Maschi*

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01

**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



	<b>Lazio</b>	<b>50,7</b>	<b>41,4</b>	<b>36,6</b>	<b>33,5</b>	<b>6,4</b>	<b>5,7</b>	<b>28,0</b>	<b>23,4</b>
VT	Viterbo	51,5	42,6	38,4	33,6	5,8	6,5	26,8	24,2
RI	Rieti	48,3	41,4	29,7	27,9	7,1	6,3	28,2	23,8
RM	Roma	50,3	40,7	38,3	34,5	6,4	5,6	29,2	23,7
LT	Latina	51,3	43,8	35,4	32,8	7,6	6,2	25,3	21,8
FR	Frosinone	52,9	43,7	28,4	29,6	5,7	5,5	23,1	21,5
	<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Lazio</b>	<b>33,7</b>	<b>27,7</b>	<b>19,7</b>	<b>17,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,0</b>	<b>16,5</b>	<b>14,1</b>
VT Viterbo	35,7	27,7	19,7	16,9	3,1	2,7	17,8	14,3
RI Rieti	37,6	29,1	15,8	15,4	3,8	2,5	16,9	14,1
RM Roma	32,3	27,0	20,7	18,4	3,7	3,1	16,8	14,5
LT Latina	36,1	29,7	18,1	16,3	3,3	3,2	15,6	13,2
FR Frosinone	39,5	31,2	14,8	14,2	2,9	2,5	14,1	12,1
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda il Lazio sono stati registrati 24.050 nuovi casi (12.700 negli uomini e 11.350 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 366 per gli uomini e 284 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**Nel Lazio ci sono stati 3.400 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 107,4 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**Nel Lazio sono stati registrati 2.100 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 57 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 1.500 nuovi casi con un tasso standardizzato di 32 casi (per 100.000).**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**Nel Lazio si sono verificati 2.500 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 71 su 100.000 persone, 950 tra le donne con un tasso standardizzato di 22 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**Nel Lazio il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 800, con un tasso standardizzato 22, mentre tra le donne è di 470 con un tasso standardizzato di 10.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**Nel Lazio nel 2002 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è stata del 84,7% e nel 2003 del 76%.**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**Nel Lazio nel 2004 sono stati registrati 159 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,08 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso del Lazio esso risulta dello 0,13 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,15.**

## Dipendenze da sostanza

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. **Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.**

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**Nel Lazio i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 35,5% e ragazze 29,0%; Cocaina ragazzi 9,1% e ragazze 5,5%; Eroina: ragazzi 3,0% e ragazze 3,5%; Allucinogeni: ragazzi 4,0% e ragazze 3,1%; Stimolanti: ragazzi 6,6% e ragazze 2,2%.**

## Mortalità per Suicidio

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**Il Lazio ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'0,75 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,23 ogni 10.000 abitanti.**

## Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda il Lazio il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 4,0 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,5%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**Nel Lazio il tasso di ricoveri per i bambini di età inferiore all'anno di vita è di 582,5 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**Nel Lazio, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 11,3 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 18,4 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**Nel Lazio, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 37,5% sul totale; con un aumento del 2,0% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzata 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**Nel Lazio, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,47 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**Nel Lazio, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 51 su 66 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,3 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**Nel Lazio, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,23 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**Nel Lazio il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 171 di questi ne sono stati effettivi 90 e utilizzati 86.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

L'Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia nel Lazio è leggermente aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,97 a 2,00**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**Nel Lazio, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendete delle ASL è pari a 45,00 euro contro 103,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -58,00€; mentre per le AO è pari a 33,00 € contro i 30€ del 2001 con una variazione assoluta di +3,00€.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



## **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica. Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**Il Lazio ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 305,07€ con una partecipazione del pagamento del ticket di 1 euro per confezione con importi superiori a 5 euro, inoltre vi è un'esenzione tot/parz per patologia e un'esenzione in base al reddito .**

## **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**Il Lazio ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a A, Moody's A1 e S&P A.**

**Di seguito il commento del Prof. Antonio Boccia, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia - Università degli Studi "La Sapienza" di Roma e referente per la Regione Lazio dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute**

Luci ed ombre sulla situazione sanitaria nel Lazio che emerge dal Rapporto Osservasalute del 2005.

L'aspettativa di vita alla nascita si conferma in aumento, sia negli uomini che nelle donne, in tutte e cinque le province del Lazio. Analogamente, la mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio, tumori e cause violente diminuisce. L'incidenza di cancro della mammella e di tumore del polmone, tuttavia, a differenza del cancro del colon-retto, risulta, nel Lazio, superiore rispetto alla media nazionale. Gli sforzi per assicurare una diagnosi precoce appaiono comunque notevoli, in quanto la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico sono nel Lazio superiori rispetto a quanto riscontrato nel resto del Paese.

Se la mortalità per suicidio, nel Lazio come in Italia, appare in diminuzione, preoccupante è il dato sul consumo di sostanze illegali nella popolazione giovanile, che nel Lazio appare più elevato rispetto alla media nazionale sia per i cannabinoidi che per la cocaina.

Il dato sulla elevata percentuale di alunni con disabilità sul totale degli alunni depone sicuramente per un percorso virtuoso intrapreso nella regione verso l'integrazione sociale della disabilità. La strada da percorrere è tuttavia ancora lunga, se si considerano altri indicatori, come quelli relativi alle barriere architettoniche, ancora presenti in percentuali ben lontane da quelle che ognuno di noi vorrebbe vedere.

Contatti del prof. **Antonio Boccia**  
Cell.335 7060442

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005: In Abruzzo tasso di posti letto nei Dipartimenti di Emergenza doppio di media nazionale**

**Nella regione Abruzzo il tasso di posti letto nei Dipartimenti Emergenza e Accettazione è di 1,32 mentre quello nazionale è di 0,61, riferito al 2003. Questo consente una eccellente copertura delle emergenze.**

Il sistema di accettazione ed emergenza sanitaria a carattere dipartimentale (DEA) rappresenta il secondo livello di intervento le cui funzioni principali sono quelle di assicurare i primi accertamenti e interventi diagnostico-terapeutico di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici necessari alla stabilizzazione dei pazienti. L'obiettivo è quello di assicurare una risposta rapida, completa e in collegamento con le strutture operanti sul territorio. Gli ospedali sedi di DEA di secondo livello sono inoltre in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dai DEA di primo livello, le funzioni di alta specialità legate all'emergenza, quali cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Abruzzo sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7.

**In Abruzzo, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +9,6; il saldo naturale (nascita-morte) è -1,9; il saldo migratorio è del +11,5**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

Per quanto riguarda le singole regioni, **l'Abruzzo ha una mobilità interna pari al 36,8 per 1.000 abitanti con un saldo di +2,1, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 7 su 1.000 abitanti con un saldo pari a + 5.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda l'Abruzzo la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 20,9% pari a circa 269.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" abruzzese è pari al 10,0% pari a circa 128.000 persone.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Abruzzo, nel 2004, si stima che siano 56.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del - 0,7 e costituisce l'11,8% del totale delle famiglie abruzzesi.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 40.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +13,0% e costituisce l'8,4% del totale delle famiglie abruzzesi: di queste l'85,2% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Abruzzo</b>				
AQ L'Aquila	74,6	81,1	76,9	83,1
TE Teramo	75,4	81,8	77,1	83,3
PE Pescara	75,1	80,9	77,1	82,9
CH Chieti	76,3	81,2	77,7	82,7

**Italia**                    **74,4**    **80,9**    **76,5**    **82,5** |

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Abruzzo</b>	<b>47,4</b>	<b>37,3</b>	<b>29,3</b>	<b>28,8</b>	<b>6,4</b>	<b>6,1</b>	<b>27,9</b>	<b>24,3</b>
AQ L'Aquila	49,9	37,6	30,9	28,1	5,8	5,9	29,8	25,6
TE Teramo	46,2	38,2	29,0	30,2	6,6	6,2	29,7	24,3
PE Pescara	48,2	36,7	31,8	29,6	6,6	5,9	27,5	24,6
CH Chieti	45,8	37,0	26,6	28,0	6,5	6,5	25,4	23,1
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Abruzzo</b>	<b>34,7</b>	<b>25,7</b>	<b>15,5</b>	<b>14,6</b>	<b>3,0</b>	<b>2,4</b>	<b>16,1</b>	<b>13,7</b>
AQ L'Aquila	35,0	25,1	16,2	15,0	2,8	2,1	16,9	13,1
TE Teramo	33,7	26,4	15,5	14,3	2,4	2,3	15,3	12,2
PE Pescara	34,3	24,3	16,6	14,8	3,7	2,6	16,4	14,2
CH Chieti	35,5	26,7	14,2	14,2	3,1	2,7	16,0	15,0
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

## Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che nel 2005 vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda l'Abruzzo sono stati registrati 4.700 nuovi casi (2.550 negli uomini e 2150 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 284 per gli uomini e 207 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**Il livello regionale dell'Abruzzo è in linea con il dato italiano ovvero 104,3 casi ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Abruzzo sono stati registrati un totale di 900 casi di tumore al Colon-Retto: 600 casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 62 casi (per 100.000), mentre le donne sono stati rilevati 300 nuovi casi con un tasso standardizzato di 23 casi (per 100.000).**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Abruzzo si sono verificati 500 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 55 su 100.000 persone, 70 tra le donne con un tasso standardizzato di 7 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Abruzzo il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 200, con un tasso standardizzato 20, mentre tra le donne è di 100 con un tasso standardizzato di 9.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa. Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%. I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Abruzzo nel 2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 54,7%**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Abruzzo nel 2004 sono stati registrati 19 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,97 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso dell'Abruzzo esso risulta dello 0,15 casi su 100.000 abitanti dimostrando un dimezzamento dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,32.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1.

Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia. Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Abruzzo i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 29,1% e ragazze 20,0%; Cocaina ragazzi 7,9% e ragazze 3,4%; Eroina: ragazzi 4,1% e ragazze 3,5%; Allucinogeni: ragazzi 4,5% e ragazze 1,1%; Stimolanti: ragazzi 4,5% e ragazze 1,6.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3, 16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**L'Abruzzo ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 un particolare aumento dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,24 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,21.**

### **Mortalità infantile**



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese. La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda l'Abruzzo il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 4,1 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -7,1%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Abruzzo si il tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 683,7 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Abruzzo, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 9,1 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 25-29 anni con 15 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Abruzzo il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 39,6% sul totale; con un aumento del 6,1 rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Abruzzo, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,29 per gli uomini e 0,49 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Abruzzo le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 12 su 12 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,0 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronico-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Abruzzo, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,28 e 0,56 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Abruzzo e Molise il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 78 di questi ne sono stati effettivi 27 e utilizzati 26.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Abruzzo è leggermente diminuito tra il 2002 e il 2003 da 1,78 a 1,76**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.



I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Abruzzo, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 181,00 euro contro 192,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -11,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**L'Abruzzo ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 232,22€ senza nessuna partecipazione da parte dei cittadini attraverso il pagamento del Ticket.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso. Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**L'Abruzzo non ha avuto nessuna valutazione da parte di Fitch, Moody's attribuisce un A1 e S&P attribuisce una A.**

**Referente per la Regione Abruzzo dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane:** Prof. **Ferdinando Romano**, Dipartimento. Di Scienze Biomediche - Sezione di Epidemiologia e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Chieti: 335 6878099

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino** ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703

**Andrea Tomasini** ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell. 329.2634619

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Regione Molise: all'avanguardia nella prevenzione**

**La regione Molise ha il più alto tasso di centri antifumo per abitante 1,2 rispetto allo 0,5 della media nazionale e sul fronte delle vaccinazioni ha debellato la rosolia: con un tasso di notifica nel 2002 pari a zero.**

Conseguentemente con la crescente attenzione per la disassuefazione da fumo, negli ultimi anni in Italia si è assistito ad una continua espansione della rete dei Centri Antifumo, tra Ospedali, ASL e Centri della Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT). Dalla collaborazione tra Ministero della Salute e coordinamento tecnico delle Regioni sul tabagismo congiuntamente all'Istituto Superiore di Sanità è nato un progetto di ricerca per il potenziamento delle offerte di sostegno ai fumatori, con la finalità di ottenere dati omogenei e confrontabili nelle diverse realtà regionali. La regione Molise guida la lotta contro il fumo che è la principale causa di morte prevedibile e rappresenta uno dei più importanti problemi di sanità Pubblica a livello mondiale. Dal rapporto sul fumo in Italia 2004 del Dipartimento del farmaco dell'Istituto Superiore della Sanità emerge che nel nostro paese nell'ultimo anno il numero delle persone che hanno smesso di fumare è aumentato (dal 16,6% nel 2003 al 17,9% nel 2004).

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Molise sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno



mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 residenti.

**Nel Molise, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +1,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -2,7; il saldo migratorio è del +4,3**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosetteentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, il Molise ha una mobilità interna pari al 30,5 per 1.000 abitanti con un saldo di +0,3, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 4,9 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +2,4.**

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda il Molise, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 21,5% pari a circa 69.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 10,3% pari a circa 33.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Molise, nel 2004, si stima che siano 16.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -5,9% e costituisce l'13,4% del totale delle famiglie molisane .**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 12.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +3,9% e costituisce il 9,5% del totale delle famiglie molisane: di queste l'82,5% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Molise</b>				
CB Campobasso	75,4	80,9	76,8	82,8
IS Isernia	75,3	82,2	76,2	82,3
<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>



*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
Molise	<b>49,5</b>	<b>41,0</b>	<b>27,6</b>	<b>27,8</b>	<b>6,5</b>	<b>6,4</b>	<b>26,9</b>	<b>22,5</b>
CB Campobasso	49,2	41,7	27,2	28,5	6,7	6,5	27,9	21,8
IS Isernia	50,4	39,6	28,6	26,3	6,0	6,4	24,9	24,6
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
Molise	<b>36,0</b>	<b>28,3</b>	<b>14,6</b>	<b>13,7</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>15,6</b>	<b>13,8</b>
CB Campobasso	37,4	27,9	14,6	13,6	3,3	2,5	16,6	14,0
IS Isernia	32,9	29,3	14,4	14,1	2,7	2,0	13,6	13,5
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda il Molise sono stati registrati 1.500 nuovi casi (700 negli uomini e 500 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 305 per gli uomini e 195 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Molise ci sono stati 200 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 105,2 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**Nel Molise sono stati registrati 150 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 62 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 43 nuovi casi con un tasso standardizzato di 23 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Molise si sono verificati 120 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 55 su 100.000 persone, 20 tra le donne con un tasso standardizzato di 7 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Molise il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 50, con un tasso standardizzato 20, mentre tra le donne è di 30 con un tasso standardizzato di 9.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici –



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzati garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Molise nel 2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è stata del 100%**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Molise nel 2004 sono stati registrati 3 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,92 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso del Molise esso risulta dello 0,31 casi su 100.000 abitanti dimostrando un aumento dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,00.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Molise i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 25,8% e ragazze 15,6%; Cocaina ragazzi 6,5% e ragazze 1,7%; Eroina: ragazzi 4,7% e ragazze 2,2%; Allucinogeni: ragazzi 4,1% e ragazze 1,5%; Stimolanti: ragazzi 5,3% e ragazze 1,5%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3, 16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**Il Molise ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 un aumento dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,12 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,14 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda il Molise il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 2,3 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a 7,2%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Molise tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 662,7 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Molise, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 8,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 13,1 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Molise, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 42,2% sul totale; con un aumento del 8,7% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Molise, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,26 per gli uomini e 0,38 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Molise, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 5 su 5 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,0 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Molise, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,33 e 0,74 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Molise e Abruzzo il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 78 di questi ne sono stati effettivi 27 e utilizzati 26.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Molise è leggermente aumentato tra il 2002 e il 2003 da 2,34 a 2,58**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Molise, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 235,00 euro contro 303,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -68,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**Il Molise ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 247,07€ con una partecipazione del pagamento del ticket di 1 euro per confezione con importi superiori a 5 euro ed un massimo di 3€ per ricetta con importi superiori a 5 euro, inoltre non vi è un'esenzione tot/parz per patologia, ma è prevista un'esenzione in base al reddito .**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**Il Molise ha avuto una valutazione da parte di Moody's A2, Fitch e S&P non attribuiscono valutazione.**

**Di seguito il commento del Prof. Guido Maria Grasso, Dipartimento di Scienze per la Salute - Università degli Studi del Molise, Campobasso e referente per la Regione dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

Il Molise è una delle regioni che guidano la lotta contro il fumo, la principale causa di morte prevedibile e uno dei più importanti problemi di sanità Pubblica a livello mondiale; presenta, infatti, uno dei più elevati tassi di centri antifumo per abitante:



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



1,2 per 100.000 abitanti rispetto a 0,5 della media nazionale. Sul fronte delle vaccinazioni, ha debellato la rosolia, con un tasso di notifica pari a zero casi.

Tra le cause di morte, le malattie del sistema cardiocircolatorio rivestono il ruolo più importante, subito seguite dai tumori. In Molise, soprattutto la mortalità per tumori è significativamente inferiore alla media nazionale (27,8 rispetto a 33,8 nei maschi e 13,7 rispetto a 17,3 nelle femmine). Questo dato è confermato anche dalle stime di incidenza: nel Molise nel 2005 sono stati stimati 1.500 nuovi casi che corrispondono ad un tasso standardizzato di 305 per gli uomini e 195 per le donne, tra i più bassi d'Italia (tasso nazionale: 356 nei maschi e 266 nelle femmine), soprattutto per il cancro del polmone e del colon-retto. Sul fronte della prevenzione secondaria, negli ultimi anni c'è stata un'intensa attività istituzionale. Con il piano di Prevenzione Attiva, lo screening della popolazione è, infatti, diventato una priorità del servizio sanitario: in Molise, nel 2003, la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è stata del 100%, valore riscontrato quasi esclusivamente nelle regioni del Nord, a fronte di un dato nazionale del 56%.

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore non solo della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno – infantili, ma è anche considerato una misura della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie: per quanto riguarda il Molise, il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 2,3, uno tra i più bassi d'Italia (tasso nazionale: 4,1).

Prof. **Guido Maria Grasso**, Dipartimento di Scienze per la Salute - Università degli Studi del Molise, Campobasso, 329 3606377

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino** ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703

**Andrea Tomasini** ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, In Campania il saldo naturale della popolazione è attivo**

**Nel periodo 2002-2004 il saldo naturale della popolazione campana è di +3,3 (il dato nazionale è -0,3) con una natalità dell'11,3, il più elevato in Italia dove il dato è di 9,5. Nello stesso periodo in Campania si registra uno dei più alti indici di fecondità nazionali: 44,3 rispetto al dato nazionale che è pari al 38,6.**

La dinamica della popolazione residente in un determinato territorio e le sue componenti naturali (nascite e morti) e migratorie costituiscono un importante indicatore della sua vitalità demografica e, più indirettamente, di quella socioeconomica. L'indice di fecondità è calcolato sulla base del rapporto tra il numero di bambini in età tra 0 e 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni), suddiviso sui cinque anni nei quali quei bambini sono nati, a meno degli effetti della mortalità infantile e di quella fino al quinto compleanno.

Sul fronte della popolazione significativo in regione Campania nel periodo 2002-2004 l'aumento della popolazione anziana con 65 e più anni che è aumentata del 14,8% pari a circa 852.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 6,4% pari a circa 368.000 persone.

Nel 2002 in Campania si registra il più basso tasso standardizzato di mortalità per suicidio tra gli uomini (0,62 rispetto all'1,07 nazionale).

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Campania sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7.

**In Campania, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +5,1; il saldo naturale (nascita-morte) è +3,1; il saldo migratorio è del +2,0.**

## **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Campania ha una mobilità interna pari al 43,2 per 1.000 abitanti con un saldo di -3,0, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 4,2 su 1.000 abitanti con un saldo pari a + 2,8.**

## **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda la Campania la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 14,8% pari a circa 852.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 6,4% pari a circa 368.000 persone.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Campania, nel 2004, si stima che siano 146.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del - 19,2 e costituisce il 7,4% del totale delle famiglie campane. Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 98.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -7,5% e costituisce il 5,0% del totale delle famiglie campane: di queste l'82,7% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Campania</b>				
CE Caserta	72,5	78,2	74,6	80,6
BN Benevento	74,9	81,1	76,3	82,5
NA Napoli	71,9	77,8	74,2	80,1
AV Avellino	75,4	81,4	77,0	82,2

**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



SA	Salerno	74,8	80,4	76,4	81,9
<b>Italia</b>		<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 – Maschi*

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Campania</b>	<b>58,0</b>	<b>49,1</b>	<b>33,7</b>	<b>34,2</b>	<b>5,5</b>	<b>4,1</b>	<b>33,7</b>	<b>29,4</b>
CE Caserta	62,1	52,4	34,1	35,1	7,0	4,6	34,9	29,3
BN Benevento	51,0	44,8	28,4	28,7	5,6	4,8	26,6	23,1
NA Napoli	62,6	52,5	38,2	37,9	5,3	3,9	37,7	33,1
AV Avellino	50,7	43,2	26,4	28,3	5,4	3,6	28,4	24,6
SA Salerno	52,2	45,1	28,6	30,5	4,9	4,4	29,2	26,4
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 - Femmine*

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Campania</b>	<b>44,6</b>	<b>36,0</b>	<b>16,5</b>	<b>16,7</b>	<b>2,4</b>	<b>2,2</b>	<b>21,4</b>	<b>18,3</b>
CE Caserta	48,9	39,8	16,9	16,5	2,5	2,4	22,4	18,4
BN Benevento	39,7	31,2	13,4	14,2	2,6	2,0	16,3	13,3
NA Napoli	48,0	38,1	18,4	18,3	2,5	2,3	24,2	20,8
AV Avellino	38,1	33,0	12,9	13,1	2,1	2,1	16,2	14,3
SA Salerno	39,4	32,0	14,6	15,5	2,2	2,3	18,3	16,0
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda la Campania sono stati registrati 21.350 nuovi casi (11.950 negli uomini e 9.400 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 389 per gli uomini e 254 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo



principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Campania ci sono stati 2.300 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 78 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Campania sono stati registrati 1.700 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 54 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 1.200 nuovi casi con un tasso standardizzato di 28 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. **Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige).** In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Campania si sono verificati 2.600 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 85 su 100.000 persone, 550 tra le donne con un tasso standardizzato di 15 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Campania il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 650, con un tasso standardizzato 21, mentre tra le donne è di 400 con un tasso standardizzato di 10.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Campania non ci sono dati riferiti al periodo 2002-2003 circa la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico .**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Campania nel 2004 sono stati registrati 29 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,94 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Campania esso risulta dello 0,14 casi su 100.000 abitanti dimostrando un aumento dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,08.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Campania i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 27,2% e ragazze 14,5%; Cocaina ragazzi 7,3% e ragazze 3,1%; Eroina: ragazzi 5,5% e ragazze 2,4%; Allucinogeni: ragazzi 4,0% e ragazze 2,4%; Stimolanti: ragazzi 4,9% e ragazze 2,3.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**La Campania ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 un particolare aumento dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dello 0,62 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,23.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Campania il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 4,6 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -7,2%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Campania tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 493,1 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Campania, nel 2002 (i dati 2003 non sono pervenuti al momento dell'analisi), il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 9,1 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 13,6 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Campania il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 57,9% sul totale; con un aumento del 9,9 rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Campania, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,19 per gli uomini e 0,29 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici s'intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Campania, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 53 su 70 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,3 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronico-degenerative che

riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Campania, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,30 e 0,76 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Campania il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 148 di questi ne sono stati effettivi 69 e utilizzati 66.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Campania è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,43 a 1,48.**

## **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Campania, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 130,00 euro contro 231,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -101,00€; mentre per le AO è pari a 113,00 € contro i 54,00€ del 2001 con una variazione assoluta di +59,00€.**

## **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Campania ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 236,15€ senza nessuna partecipazione da parte dei cittadini attraverso il pagamento del Ticket.**

## **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Campania ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari ad A3, S&P pari ad A-, Fitch non attribuisce valutazione**

### **Referente per la Regione Campania dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

Paolo Marinelli, Dipartimento di Sanità Pubblica, Clinica e Preventiva - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Seconda Università degli Studi di Napoli, 347 6766286

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Puglia nel 2004 il più basso tasso di incidenza di AIDS**

**Nel 2004 il tasso di incidenza di AIDS nella Regione Puglia è stato dello 0,51, il più basso in assoluto in Italia, dove il tasso è pari al 2,85. Il tasso di incidenza dell'AIDS è un valido strumento informativo che permette di valutare in termini di efficienza ed efficacia i programmi di prevenzione, di promozione della salute, di strategie diagnostiche e terapeutiche.**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996-1997 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend temporale osservato coincide con l'introduzione in Italia dei farmaci antiretrovirali, che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi, comportando così un aumento della quota di soggetti sieropositivi. Per quanto concerne le modalità di trasmissione, occorre evidenziare che il 59% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti e tossicodipendenti/omosessuali). Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale dei casi a trasmissione sessuale associato ad una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili ad altre cause.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatoria delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Puglia sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**



## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 residenti.

**In Puglia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +4,0; il saldo naturale (nascita-morte) è +2,0; il saldo migratorio è del +2,0.**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Puglia ha una mobilità interna pari al 26,3 per 1.000 abitanti con un saldo di -2,4, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 3,7 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +1,2.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevata e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda la Puglia, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 16,6% pari a circa 672.000 nuovi "anziani"; mentre la popolazione "vecchia" è pari al 7,4% pari a circa 299.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Puglia, nel 2004, si stima che siano 135.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -11,5% e costituisce il 9,6% del totale delle famiglie pugliesi.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 93.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -1,9% e costituisce il 6,6% del totale delle famiglie pugliesi: di queste l'82,7% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Puglia</b>				
FG Foggia	75,4	80,7	76,7	81,9
BA Bari	75,4	80,6	77,3	82,1
TA Taranto	74,7	79,9	77,2	82,0
BR Brindisi	74,8	80,7	76,7	82,4
LE Lecce	75,1	81,0	77,1	82,7
<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Puglia</b>	<b>45,6</b>	<b>36,8</b>	<b>31,5</b>	<b>30,8</b>	<b>6,5</b>	<b>5,2</b>	<b>30,6</b>	<b>25,1</b>
FG Foggia	48,0	39,1	30,3	29,7	7,2	6,1	26,8	23,7
BA Bari	44,3	36,0	30,7	30,4	6,0	4,9	31,6	25,2
TA Taranto	47,1	37,3	32,6	30,7	6,7	5,1	31,0	25,7
BR Brindisi	47,5	38,6	31,8	31,0	7,2	5,9	29,7	25,1
LE Lecce	43,6	35,1	32,9	32,6	6,3	5,0	32,9	25,7
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Puglia</b>	<b>35,5</b>	<b>27,7</b>	<b>16,0</b>	<b>15,4</b>	<b>2,8</b>	<b>2,5</b>	<b>19,1</b>	<b>16,2</b>
FG Foggia	36,3	29,1	16,1	14,6	3,1	2,9	17,2	15,7
BA Bari	35,3	27,0	15,9	15,7	2,6	2,4	20,2	17,2
TA Taranto	36,6	28,9	16,8	16,2	3,4	2,7	20,1	16,9
BR Brindisi	36,9	28,0	16,2	14,8	3,2	2,3	17,9	15,3
LE Lecce	33,9	26,7	15,5	15,1	2,5	2,2	18,9	14,7
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### **Tumori**

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda la Puglia sono stati registrati 13.800 nuovi casi (7.500 negli uomini e 6.300 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 308 per gli uomini e 220 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso.** Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Puglia ci sono stati 1.700 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 77,8 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Puglia sono stati registrati 1.200 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 50 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 855 nuovi casi con un tasso standardizzato di 26 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Puglia si sono verificati 1.600 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 64 su 100.000 persone, 250 tra le donne con un tasso standardizzato di 9 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Puglia il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 350, con un tasso standardizzato 15, mentre tra le donne è di 270 con un tasso standardizzato di 9.**

### **Screening tumori mammella**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Puglia non ci sono dati riferiti al periodo 2002-2003 circa la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico .**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Puglia nel 2004 sono stati registrati 51 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 0,51 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Puglia esso risulta dello 0,7 casi su 100.000 abitanti dimostrando un aumento dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,02.**

## Dipendenze da sostanza

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Puglia i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 30,5% e ragazze 18,3%; Cocaina ragazzi 5,3% e ragazze 2,3%; Eroina: ragazzi 3,5% e ragazze 1,6%; Allucinogeni: ragazzi 2,2% e ragazze 2,0%; Stimolanti: ragazzi 3,6% e ragazze 1,1%.**

## Mortalità per Suicidio

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3, 16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**In Puglia ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dello 0,77 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,23 ogni 10.000 abitanti.**

## Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Puglia il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 5,6 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,2%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Puglia tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 667,1 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Puglia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 12,2 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 17,0 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Puglia, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 43,5% sul totale; con un aumento del 8,5% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzata 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Puglia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,94 per gli uomini e 0,39 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Puglia, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 84 su 121 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,4 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Puglia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,34 e 1,01 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo ne mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Puglia il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 74 di questi ne sono stati effettivi 34 e utilizzati 34.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Puglia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,38 a 1,40**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Puglia, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendete delle ASL è pari a 50,00 euro contro 92,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -42,00€; mentre per le AO è pari a 62,00 € contro i 49,00€ del 2001 con una variazione assoluta di +13,00€.**

## **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica. Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Puglia ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 248,71€ con una partecipazione del pagamento del ticket di minimo 2 euro per confezione e max 5,50 € per ricetta, inoltre vi è un'esenzione tot/parz per patologia e un'esenzione in base al reddito.**

## **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Puglia ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari a A2, Fitch e S&P non hanno attribuito valutazione.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**Di seguito il commento del Prof. Salvatore,Barbuti, Istituto di Igiene - Università degli Studi di Bari e referente per la Regione dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

Il rapporto è stato redatto in maniera esaustiva, basandolo sull'utilizzo dei dati correnti disponibili a livello nazionale (ISTAT, Ministero della Salute, ecc.). La metodologia utilizzata per la stesura di un rapporto standard di respiro nazionale consente infatti i confronti tra le diverse realtà regionali. Sarebbe interessante utilizzare le informazioni raccolte nel rapporto come riferimento per i dati delle attività dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia (flussi informativi sanitario/amministrativi, banche dati sanitarie, indagini ad hoc anche nel contesto di studi multicentrici). Il lavoro può essere senz'altro considerato un arricchimento e un riferimento per chi, come il gruppo dell'OER Puglia, è impegnato nella redazione del Rapporto sullo Stato di Salute della Regione, già alla sua seconda edizione.

Prof. **Salvatore,Barbuti**, Ist. di Igiene - Università degli Studi di Bari: 080 5478111

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino** ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703

**Andrea Tomasini** ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, Basilicata eccellenza in prevenzione tumori, ma non solo**

**Sul fronte dello screening dei tumori la Basilicata è nel Sud in assoluto all'avanguardia, raggiungendo il 100% delle donne nella fascia di età 50-69 anni con il suo programma regionale di screening per il tumore della mammella avviato nel 1999 per questa patologia che costituisce la prima causa di morte nelle donne tra i 35 e i 69 anni. In Basilicata è anche attivo dal 1999 un programma unico regionale di screening per il tumore della cervice uterina e dal 2005 sul cancro del colon-retto.**

Il dato atteso è che in ogni regione la quasi totalità delle donne nella fascia di età 50-69 sia inserita in un programma di screening rispettando quanto disposto dai livelli essenziali di assistenza, mentre attualmente solo la metà delle donne italiane è inserita in un programma di screening mammografico organizzato.

Il tasso standardizzato di incidenza per tutti i tumori (nuovi casi per 100.000 abitanti nel 2005) in Regione Basilicata è nei maschi pari a 318, mentre il dato nazionale è di 356 e per le femmine di 225 rispetto al dato nazionale che è di 266. Molto bassa la mortalità per tumori: per il triennio 1999-01 per i maschi è stata del 26,4% e per le femmine del 14,0. Questi numeri sono tra i più bassi in Italia e più bassi rispetto ai dati riferiti alla media nazionale che sono rispettivamente del 33,8% e del 17,3.

Altro dato importante è la percentuale di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio: **nel 2003 in Basilicata si registra il dato più basso pari allo 0,06 mentre la media nazionale è 0,17. Il rapporto tra il numero di ricoveri di tipo TSO ed il totale dei ricoveri rappresenta un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici.** Essendo il TSO una modalità d'intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema sanitario capace dell'assistenza "ordinaria" dei pazienti (anche gravi), questo indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi terapeutici e riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Basilicata sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**In Basilicata, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del -0,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,4; il saldo migratorio è del -0,2.**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Basilicata ha una mobilità interna pari al 23,6 per 1.000 abitanti con un saldo di -2,9, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 4,3 su 1.000 abitanti con un saldo pari a + 1,6.**



## **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevata e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda la Basilicata, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 19,3% pari a circa 115.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 8,7% pari a circa 52.000 persone.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Basilicata, nel 2004, si stima che siano 25.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -11,6% e costituisce l'11,4% del totale delle famiglie lucane.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 17.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -2,5% e costituisce il 7,9% del totale delle famiglie lucane: di queste l'80,3% sono donne.**

## **Sopravvivenza e mortalità**

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Basilicata</b>				
PZ Potenza	75,9	80,6	77,1	82,5
MT Matera	75,8	80,8	77,5	81,5
<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Basilicata</b>	<b>50,4</b>	<b>41,2</b>	<b>25,6</b>	<b>26,4</b>	<b>6,6</b>	<b>5,9</b>	<b>27,1</b>	<b>24,2</b>
PZ Potenza	50,6	41,4	24,9	25,9	6,0	5,9	27,3	24,9
MT Matera	50,0	40,7	27,1	27,6	7,9	5,8	26,9	22,7
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Basilicata</b>	<b>41,4</b>	<b>30,8</b>	<b>14,5</b>	<b>14,0</b>	<b>2,5</b>	<b>2,7</b>	<b>18,0</b>	<b>14,5</b>
PZ Potenza	41,8	30,3	14,4	13,5	2,6	2,6	17,8	14,3
MT Matera	40,6	32,0	14,9	15,2	2,3	2,9	18,3	15,0
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### **Tumori**

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.



Per quanto riguarda la Basilicata sono stati registrati 2.300 nuovi casi (1.300 negli uomini e 1.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 318 per gli uomini e 225 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Basilicata ci sono stati 250 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 76 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Basilicata sono stati registrati 250 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 61 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 150 nuovi casi con un tasso standardizzato di 31 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Basilicata si sono verificati 200 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 54 su 100.000 persone, 30 tra le donne con un tasso standardizzato di 6 casi su 100.000.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Basilicata il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 80, con un tasso standardizzato 21, mentre tra le donne è di 50 con un tasso standardizzato di 9.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Basilicata nel periodo 2002-2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 100%**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti



regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Basilicata nel 2004 sono stati registrati 7 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,90 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immunoglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Basilicata esso risulta dello 0,00 casi su 100.000 abitanti non vi è nessuna variazione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,00.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Basilicata i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 32,5% e ragazze 26,1%; Cocaina ragazzi 9,4% e ragazze 1,9%; Eroina: ragazzi 4,8% e ragazze 6,5%; Allucinogeni: ragazzi 8,3% e ragazze 3,3%; Stimolanti: ragazzi 7,8% e ragazze 3,7%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.



**La Basilicata ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dello 0,94 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne c'è un aumento e il tasso è dello 0,34 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Basilicata il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 6,9 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,5%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Basilicata il tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 538,1 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può esser determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Basilicata nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari a 7,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 25-29 anni con 11,2 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Basilicata, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 22,4% sul totale; con un aumento del 2,5% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Basilicata, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,04 per gli uomini e 0,44 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti. Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Basilicata, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 7 su 8 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Basilicata, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,36 e 0,86 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Basilicata il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 13 di questi ne sono stati effettivi 7 e utilizzati 7.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Basilicata è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,05 a 1,37.**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Basilicata, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 166,00 euro contro 365,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -199,00€; mentre per le AO è pari a 498,00 € contro i 501€ del 2001 con una variazione assoluta di -3,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica. Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Basilicata ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 221,66€ senza nessuna partecipazione da parte dei cittadini attraverso il pagamento del Ticket.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Basilicata ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari a A1, Fitch e S&P non hanno attribuito valutazione.**

**Referente per la Regione Basilicata dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane:**

*Rocco Galasso, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Ospedale Oncologico Regionale di Rionero in Vulture, Potenza, 338 3794091, 320 4386611*

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## Osservasalute 2005, Calabria: azzerati i casi di sifilide

**Nessun caso di sifilide notificato nel 2002: la Calabria è l'unica regione a ottenere questo risultato migliorando di molto la diminuzione che pure si registra in tutta Italia.** Il dato nazionale infatti mostra una riduzione dei casi di sifilide del 51,72% nel 2002 rispetto al 1993. Marcata in Calabria anche la riduzione dei casi di gonorrea che dal confronto tra gli anni presi in considerazione è del 20% mentre il dato nazionale fa registrare una riduzione del 14,06%.

Buoni i risultati sul fronte tumori. La regione Calabria registra un tasso standardizzato di incidenza per tutti i tumori (nuovi casi per 100.000 abitanti nel 2005) nei maschi pari a 275, mentre il dato nazionale è di 356 e per le femmine di 202 rispetto al 266 nazionale. Basso la mortalità per tumori: per il triennio 1999-01 per i maschi è stata del 25,7% e per le femmine del 13,7. Questi numeri sono i più bassi in Italia e più bassi rispetto ai dati riferiti alla media nazionale che sono rispettivamente del 33,8% e del 17,3.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Calabria sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 residenti.

**In Calabria, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del -0,18; il saldo naturale (nascita-morte) è +0,6; il saldo migratorio è di -0,6.**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Calabria ha una mobilità interna pari al 33,6 per 1.000 abitanti con un saldo di -4,1, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 6,4 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +2,3.**

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda la Calabria, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 17,6% pari a circa 354.000 nuovi "anziani"; mentre la popolazione "vecchia" è pari al 7,9% pari a circa 160.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i



vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Calabria, nel 2004, si stima che siano 75.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -12,6% e costituisce il 10,3% del totale delle famiglie calabre.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 51.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -3,2% e costituisce il 7,0% del totale delle famiglie calabre: di queste l'82,0% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Calabria</b>				
CS Cosenza	75,9	80,7	77,3	82,1
CZ Catanzaro	75,2	80,8	77,2	82,3
Reggio				
RC Calabria	74,0	80,1	76,6	82,6
KR Crotone	-	-	76,4	81,0
VV Vibo Valentia	-	-	77,6	82,4
<b>Italia</b>	74,4	80,9	76,5	82,5

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Calabria</b>	<b>52,3</b>	<b>42,8</b>	<b>25,8</b>	<b>25,7</b>	<b>7,1</b>	<b>5,3</b>	<b>28,9</b>	<b>23,2</b>
CS Cosenza	53,7	43,0	24,0	23,7	5,9	5,0	26,7	21,9
CZ Catanzaro	51,9	42,4	25,8	25,5	6,4	5,3	30,5	24,2
Reggio								
RC Calabria	51,1	42,2	27,9	27,7	9,5	5,9	30,2	24,4
KR Crotone	55,2	48,0	27,7	26,9	7,2	6,2	30,7	22,7
Vibo								
VV Valentia	50,1	41,2	25,2	26,7	6,2	4,4	28,7	22,0
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 -*  
**Femmine**

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Calabria</b>	<b>41,8</b>	<b>32,5</b>	<b>13,6</b>	<b>13,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,2</b>	<b>18,0</b>	<b>14,9</b>
CS Cosenza	44,2	33,3	13,4	13,1	2,7	2,7	16,9	14,1
CZ Catanzaro	40,1	31,7	13,4	13,7	2,9	2,2	16,1	14,9
Reggio								
RC Calabria	40,3	31,9	14,2	14,5	2,7	1,9	19,0	15,4
KR Crotone	45,8	34,4	14,3	13,7	3,1	2,2	23,2	17,0
Vibo								
VV Valentia	39,0	32,2	12,4	13,9	2,5	1,8	19,1	14,9
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi.** Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

**Per quanto riguarda la Calabria sono stati registrati 6.400 nuovi casi (3.500 negli uomini e 2.900 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 275 per gli uomini e 202 per le donne.**

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando.** Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso



dell'ultimo decennio, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Calabria ci sono stati 800 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 74,5 ogni 100.000 donne: il tasso più basso in Italia.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Calabria sono stati registrati 700 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 52 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 350 nuovi casi con un tasso standardizzato di 23 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Calabria si sono verificati 700 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 54 su 100.000 persone, 100 tra le donne con un tasso standardizzato di 6 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, colorettales e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, colorettales, polmonare e uterino nella donna.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Calabria il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 250, con un tasso standardizzato 21, mentre tra le donne è di 150 con un tasso standardizzato di 9.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Calabria non ci sono dati riferiti al periodo 2002-2003 circa la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico .**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Calabria nel 2004 sono stati registrati 12 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,92 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Calabria esso risulta dello 0,04 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,09.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**Nella Calabria i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 27,4% e ragazze 13,1%; Cocaina ragazzi 8,1% e ragazze 2,5%; Eroina: ragazzi 7,7% e ragazze 2,8%; Allucinogeni: ragazzi 7,5% e ragazze 2,1%; Stimolanti: ragazzi 6,1% e ragazze 2,5%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**La Calabria ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'0,69 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,19 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Calabria il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 4,9 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,0%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Calabria tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 574,8 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può esser determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Calabria, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 6,6 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 30-34 anni con 9,4 casi ogni 1.000 donne.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Calabria, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 39,7% sul totale; con un aumento del 5,5% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzata 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Calabria, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,57 per gli uomini e 0,39 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Calabria, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 25 su 30 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Calabria, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,39 e 0,81 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati.

Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Calabria il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 35 di questi ne sono stati effettivi 9 e utilizzati 9.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**Il peso della tecnologia in Calabria è leggermente diminuito tra il 2002 e il 2003 da 2,23 a 2,17**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Calabria, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 241,00 euro contro 423,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -182,00€; mentre per le AO è pari a 68,00 € contro i 92€ del 2001 con una variazione assoluta di -24,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Calabria ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 252,02€ senza nessuna partecipazione da parte dei cittadini attraverso il pagamento del Ticket.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Calabria ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a A+, Moody's A2 e S&P non fornisce valutazione.**

### **Referente per la Regione Calabria dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

Maria Pavia, Cattedra di igiene – Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica -  
Università Magna Grecia 0961 777669 333-7431271

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703**

**Andrea Tomasini ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619**

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, In Sicilia la provincia con più bassa mortalità per tumore**

**E' Enna la provincia con la più bassa mortalità per tumori 23,2 per gli uomini rispetto alla media italiana che è 33,8 e 12,6 per le donne, per le quali il dato nazionale è di 17,3. Ma il dato è particolarmente basso in tutte le provincie siciliane, complessivamente molto inferiore a quello nazionale.**

La regione Sicilia registra un tasso standardizzato di incidenza per tutti i tumori (nuovi casi per 100.000 abitanti nel 2005) nei maschi pari a 287, mentre il dato nazionale è di 356 e per le femmine di 191 rispetto al 266 nazionale: dato quest'ultimo che segna la più bassa incidenza in Italia.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Sicilia sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

### **Popolazione**

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

**In Sicilia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +3,2; il saldo naturale (nascita-morte) è +1,0; il saldo migratorio è del +2,1.**

### **Mobilità Interna**

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosetentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Sicilia ha una mobilità interna pari al 35,2 per 1.000 abitanti con un saldo di -2,5, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 4,5 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +1,3.**

### **Anziani e vecchi**

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti.

**Per quanto riguarda la Sicilia, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 17,4% pari a circa 872.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 7,9% pari a circa 396.000 persone.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie



italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Sicilia, nel 2004, si stima che siano 196.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -11,0 e costituisce l'10,6% del totale delle famiglie siciliane.**

**Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 131.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -1,9% e costituisce il 7,1% del totale delle famiglie siciliane: di queste l'83,2% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Sicilia</b>				
TP Trapani	75,5	80,0	76,2	82,4
PA Palermo	74,1	79,2	75,7	80,8
ME Messina	74,2	79,5	76,7	82,2
AG Agrigento	75,4	80,2	76,2	81,7
CL Caltanissetta	73,9	78,8	75,3	80,4
EN Enna	75,0	79,1	76,1	81,2
CT Catania	73,3	78,9	76,4	81,1
RG Ragusa	75,6	80,3	77,0	81,4
SR Siracusa	74,1	79,5	75,8	81,2
<b>Italia</b>	<b>74,4</b>	<b>80,9</b>	<b>76,5</b>	<b>82,5</b>

**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Maschi**

Regione / Provincia		S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Sicilia</b>	<b>54,6</b>	<b>44,7</b>	<b>28,4</b>	<b>27,9</b>	<b>6,7</b>	<b>5,0</b>	<b>32,5</b>	<b>26,6</b>
TP	Trapani	54,0	45,6	27,0	27,6	7,3	5,2	26,2	24,8
PA	Palermo	52,1	43,4	31,4	30,1	6,0	4,4	35,1	29,4
ME	Messina	55,4	44,9	28,5	27,2	6,3	4,5	32,8	24,7
AG	Agrigento	51,5	43,3	23,5	25,5	7,5	5,5	30,7	25,4
CL	Caltanissetta	53,7	45,1	25,3	28,1	6,8	5,2	37,5	32,6
EN	Enna	55,3	44,9	21,4	23,2	5,8	5,1	36,4	29,6
CT	Catania	60,2	45,8	30,1	28,4	7,8	5,5	32,3	25,4
RG	Ragusa	54,1	42,5	28,2	28,6	6,0	5,4	25,6	22,1
SR	Siracusa	52,8	46,6	28,9	26,7	6,3	4,9	34,2	26,2
	<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 –*  
**Femmine**

Regione / Provincia		Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	<b>Sicilia</b>	<b>42,5</b>	<b>33,6</b>	<b>16,2</b>	<b>15,4</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>21,6</b>	<b>17,1</b>
TP	Trapani	42,7	32,4	15,3	14,3	3,0	2,6	17,4	14,6
PA	Palermo	37,7	32,2	17,0	16,9	2,6	2,6	24,6	20,3
ME	Messina	42,0	32,7	16,3	14,8	2,4	2,1	21,1	14,5
AG	Agrigento	43,3	33,9	13,8	14,2	2,5	2,8	19,1	15,6
CL	Caltanissetta	46,5	37,8	14,5	15,6	2,4	2,6	24,7	19,2
EN	Enna	47,8	38,4	15,5	12,6	2,6	2,5	21,3	16,2
CT	Catania	46,4	34,0	17,4	16,2	2,7	2,5	21,3	16,5
RG	Ragusa	42,0	33,8	15,7	15,7	2,5	2,4	18,8	17,0
SR	Siracusa	42,8	33,8	16,1	14,1	2,7	2,4	22,0	18,5
	<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

### **Tumori**

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che **nel 2005** vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda la Sicilia sono stati registrati 15.650 nuovi casi (8.750 negli uomini e 6.900 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 287 per gli uomini e 191 per le donne).



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Sicilia ci sono stati 2.200 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 77,8 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che **i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria** e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Sicilia sono stati registrati 1.500 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 47 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 1.100 nuovi casi con un tasso standardizzato di 28 casi (per 100.000).**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Sicilia si sono verificati 1.850 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 62 su 100.000 persone, 400 tra le donne con un tasso standardizzato di 10 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

**In Sicilia il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 450, con un tasso standardizzato 15, mentre tra le donne è di 300 con un tasso standardizzato di 8.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzati garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sud e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Sicilia nel periodo 2002 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è stata del 12,5% e nel 2003 del 10%.**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Sicilia nel 2004 sono stati registrati 35 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 2,89 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**

### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Sicilia esso risulta dello 0,02 casi su 100.000 abitanti restando invariato rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,02.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. **Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.**

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Sicilia i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 31,2% e ragazze 14,8%; Cocaina ragazzi 6,9% e ragazze 1,6%; Eroina: ragazzi 5,1% e ragazze 1,9%; Allucinogeni: ragazzi 5,9% e ragazze 1,2%; Stimolanti: ragazzi 5,5% e ragazze 1,2%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3, 16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**La Sicilia ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 una diminuzione dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dello 0,97 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,27 ogni 10.000 abitanti.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Sicilia il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 6,6 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -4,8%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Sicilia tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 617,6 per 1.000 abitanti**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Sicilia, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 7,6 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 25-29 anni con 11,1 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Sicilia, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 47,9% sul totale; con un aumento dell'11,3% rispetto al 1998.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.

Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzata 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Sicilia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,46 per gli uomini e 0,30 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici s'intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2‰ degli italiani, il 20,1‰ delle donne e il 6,2‰ degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4‰ delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7‰ dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Sicilia, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 82 su 108 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,3 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni. All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronico-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Sicilia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,29 e 0,94 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

### **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Sicilia il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 112 di questi ne sono stati effettivi 58 e utilizzati 56.**

### **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Sicilia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,50 a 1,67**

### **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Sicilia, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 0,22 euro non sono stati forniti i dati del 2001, mentre per le AO è pari a 0,07 € non sono stati forniti i dati del 2001.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica. Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Sicilia ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 287,52€ con una partecipazione del pagamento del ticket che varia da un minimo di 2 euro per confezione ad un massimo di 4 euro per ricetta, inoltre non vi è un'esenzione tot/parz per patologia ma esenzione in base al reddito .**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Sicilia ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari a A1 e Fitch A+, mentre Fitch non attribuisce nessuna valutazione.**

**Di seguito il commento del Dott. Renato Malta Az. Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone", Palermo e referente per la Regione dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

Il Rapporto Osservasalute 2005 ci consegna una situazione in Sicilia per quanto riguarda le patologie neoplastiche estremamente confortevole sia per la mortalità sia per il tasso standardizzato dei nuovi casi, con la provincia di Enna la meno colpita. Invece a mortalità per malattie cardiovascolari, che si attesta su 8,5 punti percentuali in più rispetto la media nazionale, tende a sfatare un antico privilegio di cui godeva la Sicilia ed impone la rilettura dei tradizionali fattori di rischio che Osservasalute aveva già indagato nel rapporto 2003. Allora erano stati evidenziati valori medi uguali alla media nazionale per la ipertensione arteriosa, inferiori per la colesterolemia e l'inattività fisica, superiori per il fumo di sigaretta, la glicemia e l'indice di massa corporea. Per spiegare il dato forse è opportuno investigare su altre ipotesi come codifica degli eventi di morte o effetti iatrogenici di talune terapie. Dal punto di vista dei dati strutturali la Sicilia consegna una rete assistenziale composta da 37 unità operative di Cardiologia e 24 di Terapia Intensiva Coronarica, collegate con una diffusa rete di Emergenza gestita dal Servizio 118. Inoltre il Rapporto documenta la crescita della popolazione legata al flusso migratorio, il che impegna l'organizzazione delle strutture assistenziali in politiche di accoglienza dedicate.

Un dato che desta particolare attenzione è la pressoché assenza di spesa nel settore della formazione del personale delle Aziende Sanitarie, con una quota massima per dipendente nel 2002 di € 0,22, mentre la media nazionale è stata di € 164,00 (€ 248,00 nel 2001). Questo pone interrogativi su un doppio versante: da un lato quello del finanziamento, ma dall'altro quello della promozione della spesa da parte degli utilizzatori. E' un dato preoccupante sia perché è trasversale e generalizzato a tutte le specialità medico – chirurgiche e sanitarie, come a tutte le categorie professionali, sia perché già da parecchio tempo si è puntato sulla formazione come strumento fondamentale per il miglioramento continuo in sanità, compreso il settore della prevenzione. Oltretutto i nuovi modelli organizzativi e gestionali, e le continue nuove istanze etiche in sanità richiedono che il personale abbia una specifica formazione, oltre l'aggiornamento del proprio bagaglio tecnico scientifico.

Dott. **Renato Malta** Az. Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone", Palermo:  
329 7506812

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295

**Referenti: Nicola Cerbino** ([ncerbino@rm.unicatt.it](mailto:ncerbino@rm.unicatt.it)) cell. 335.7125703

**Andrea Tomasini** ([tomasiniufficiostampa@hotmail.com](mailto:tomasiniufficiostampa@hotmail.com)) cell.329.2634619

COMUNICATO STAMPA

ROMA, 16 FEBBRAIO 2005

## **Osservasalute 2005, In Sardegna percentuale più bassa di anziani che vivono da soli**

**In Sardegna, nel 2004, si stima che siano 48.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -21,4% e costituisce il 7,8% del totale delle famiglie sarde. Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 31.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -13,4% e costituisce il 5,0% del totale delle famiglie sarde: di queste l'81,3% sono donne.**

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza.

Per quanto riguarda la Sardegna, la popolazione con 65 e più anni nel periodo 2002-2004 è aumentata del 16,7% pari a circa 274.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 7,4% pari a circa 122.000 persone.

Sono i dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2005**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, presentato oggi al Policlinico Agostino Gemelli dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma** ed è diretto dal **prof. Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Ateneo del Sacro Cuore. Il Rapporto, giunto alla sua terza edizione, è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

**Buona la salute degli italiani e la qualità dei servizi erogati dal sistema sanitario nazionale, anche in confronto a quella di altre nazioni europee. Ma sussistono ancora variazioni regionali e interregionali molto ampie. E l'attività programmatica delle regioni sembra a volte non soddisfacente.**

Queste in sintesi le **conclusioni** di Osservasalute 2005.

**Di seguito il profilo della Regione Sardegna sulla base degli indicatori presi in esame dal Rapporto.**

## Popolazione

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5‰, ben più della crescita quasi nulla (+0,2‰) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente, ma va notato che nel triennio in esame la tendenza è stata in direzione di un aumento della natalità e di una lieve diminuzione della mortalità, tanto che il saldo naturale, dopo dodici anni di saldo negativo, ha registrato nel 2004 un debole saldo positivo (+16.000 circa, ovvero +0,3‰). L'aumento dei residenti nel triennio è però imputabile al solo saldo migratorio, all'interno del quale il saldo delle trascrizioni d'ufficio conta, a livello nazionale, per circa il 30%. Dal punto di vista dei trasferimenti reali, specialmente negli anni 2003 e 2004 si sono registrate numerose iscrizioni dall'estero, anche a seguito della "sanatoria" dei lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari che ha accompagnato la legge "Bossi-Fini".

In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 residenti.

**In Sardegna, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +3,9; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,4; il saldo migratorio è del +4,3.**

## Mobilità Interna

In tutta Italia si registra un elevato valore della mobilità interna: in un anno, in media, hanno cambiato comune di residenza più di 45 persone su 1.000 (dato della mobilità: 45,2). Questi numeri sono giustificati più da una mobilità intra-regionale (per formazione di nuove famiglie, per cambio d'abitazione, ecc.) che da spostamenti tra le regioni, il cui saldo migratorio è infatti ridotto e in calo (0,7), ma è nettamente a favore delle regioni centrosettentrionali, mentre a partire dalla Campania e fino alla Sicilia il suo segno è negativo. La mobilità con l'estero (dato nazionale: 7,6) risulta più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, probabilmente anche a seguito di una maggiore regolarità delle presenze straniere e di un loro maggiore radicamento nei comuni di immigrazione, nelle cui anagrafi poi si iscrivono. Il saldo è +5,6.

**Per quanto riguarda le singole regioni, la Sardegna ha una mobilità interna pari al 34,2 per 1.000 abitanti con un saldo di +0,9, mentre la mobilità con l'estero è di un valore annuo pari a 2,8 su 1.000 abitanti con un saldo pari a +1,1.**

## Anziani e vecchi

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate e nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. La quasi totalità delle regioni del Nord Est e del centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte, e soprattutto la Liguria (dove gli ultra sessantacinquenni sono già più di un quarto) presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Per quanto riguarda la Sardegna, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 16,7% pari a circa 274.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 7,4% pari a circa 122.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di famiglia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza. Al 2004, in Italia si stima siano 2.515 milioni le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -6,3 e costituisce l'11% del totale delle famiglie italiane. Le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 1.720 milioni con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +5,3% e costituisce l'7,5% del totale delle famiglie italiane: di queste l'85,1% sono donne.

**In Sardegna, nel 2004, si stima che siano 48.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -21,4% e costituisce il 7,8% del totale delle famiglie sarde. Mentre, le famiglie unipersonali degli over costituite da over 75 sono 31.000 con una con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di -13,4% e costituisce il 5,0% del totale delle famiglie sarde: di queste l'81,3% sono donne.**

### Sopravvivenza e mortalità

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '900 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano **un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90.** Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

*Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000*

Regione/Provincia	e0 1991-93		e0 1998-2000	
	M	F	M	F
<b>Sardegna</b>				
SS Sassari	74,4	81,3	76,4	82,6
NU Nuoro	74,3	80,7	75,4	82,9
CA Cagliari	74,0	80,9	76,5	83,0
OR Oristano	74,0	80,9	76,7	83,6

Italia 74,4 80,9 76,5 82,5

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 – Maschi*

Regione / Provincia	S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Sardegna</b>	<b>45,6</b>	<b>38,2</b>	<b>32,6</b>	<b>32,5</b>	<b>8,3</b>	<b>7,0</b>	<b>30,4</b>	<b>27,0</b>
SS Sassari	47,9	40,5	33,2	32,4	7,6	6,5	28,7	26,5
NU Nuoro	46,5	39,8	31,4	33,7	9,9	8,6	27,2	27,6
CA Cagliari	43,8	36,0	33,8	32,7	8,2	6,6	33,6	27,8
OR Oristano	46,2	37,9	28,7	30,4	8,3	7,5	28,0	24,8
<b>Italia</b>	<b>50,1</b>	<b>40,2</b>	<b>37,0</b>	<b>33,8</b>	<b>7,1</b>	<b>5,7</b>	<b>28,3</b>	<b>23,8</b>

*Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991 – Femmine*

Regione / Provincia	Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
<b>Sardegna</b>	<b>32,1</b>	<b>25,2</b>	<b>17,4</b>	<b>16,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,0</b>	<b>18,5</b>	<b>16,1</b>
SS Sassari	30,7	25,7	18,0	16,5	2,8	3,0	19,2	18,0
NU Nuoro	34,3	26,6	16,9	16,1	3,5	3,3	18,6	16,2
CA Cagliari	31,8	24,2	17,6	16,6	3,9	3,0	18,2	15,4
OR Oristano	33,8	25,7	15,4	14,2	3,1	2,6	17,4	14,1
<b>Italia</b>	<b>34,0</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>17,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>16,5</b>	<b>14,5</b>

## Tumori

Complessivamente **la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è del circa il 30% del totale dei decessi**. Si stima che nel 2005 vi siano occorsi **oltre 250.000 nuovi casi** (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda la Sardegna sono stati registrati 6.200 nuovi casi (3.350 negli uomini e 2.850 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 333 per gli uomini e 241 per le donne.

Negli ultimi trent'anni **il numero di decessi per tumore è andato costantemente aumentando**. Tale crescita si è accompagnata, contraddittoriamente nel corso dell'**ultimo decennio**, da una **riduzione del rischio di decesso**. Questo principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che determina l'aumento del numero dei casi anche a parità di rischio: è quindi in aumento il numero dei decessi tra gli anziani, dove vi sono ora anche generazioni caratterizzate da alto



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



rischio di tumore, mentre le generazioni in età più giovane sono caratterizzate da un progressivo più ridotto rischio di malattia. Un fenomeno osservabile in tutte le regioni ma con caratteristiche più accentuate al Nord rispetto al Sud.

### **Tumore alla mammella**

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

**In Sardegna ci sono stati 600 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 81,6 ogni 100.000 donne.**

### **Tumore del colon retto**

In Europa il timore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

**In Sardegna sono stati registrati 650 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 62 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 400 nuovi casi con un tasso standardizzato di 30 casi (per 100.000)..**

### **Tumore del Polmone**

Il **cancro polmonare** è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta: il rischio relativo nei fumatori è di 8 a 40 volte superiore rispetto ai non fumatori e al fumo di tabacco è attribuibile l'85-90% dei casi di carcinoma polmonare.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

**In Sardegna si sono verificati 650 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 66 su 100.000 persone, 130 tra le donne con un tasso standardizzato di 11 casi su 100.000.**

### **Tumore allo stomaco**

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa, dopo quello polmonare, prostatico, coloretale e vescicale nell'uomo e dopo quello mammario, coloretale, polmonare e uterino nella donna.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo.

In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



**In Sardegna il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 120, con un tasso standardizzato 12, mentre tra le donne è di 80 con un tasso standardizzato di 6.**

### **Screening tumori mammella**

Nel corso del 2004 vi è stata un'intensa attività istituzionale intorno all'argomento della prevenzione secondaria dei tumori.

Con il piano di Prevenzione Attiva lo screening della popolazione, per alcune patologie, diventa una priorità del servizio sanitario. La prevenzione attiva, anche supportata dal counselling del Medico di Medicina Generale, la presenza di percorsi diagnostici – terapeutici definiti, il monitoraggio della qualità, la presenza di una comunicazione istituzionale unica e centralizzata. Alle regioni è assegnato il compito di definire la rete dei centri di screening e di valutare la qualità e quantità del lavoro svolto.

I programmi di screening organizzato garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico con elevati livelli di qualità tecnico-organizzativa.

Per tale motivo è auspicabile che in tutte le regioni siano organizzati dei programmi di screening per tumore alla mammella che coprano la popolazione femminile obiettivo (età compresa tra 50-69 anni).

Le donne che hanno realmente ricevuto un invito a partecipare al programma di screening mammografico sono passate da 1.170.785 (2002) a 1.420.771 (2003) con un incremento del 7%.

I dati aggregati per macroaree (nord, Centro, Sue e Isole) mostrano un forte divario tra le regioni del Centro e Nord verso quelle del Sud e delle Isole; anche se vi è stato un incoraggiante incremento di quest'ultime dal 6% all'11%.

**In Sardegna non ci sono dati riferiti al periodo 2002-2003 circa la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico .**

### **Malattie infettive**

Nel corso del XX secolo la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di vaccini efficaci e l'applicazione di idonee misure di igiene ambientale hanno contrastato con grande efficacia un crescente numero di malattie infettive. La prevalenza di molte patologie infettive è gradualmente diminuita soprattutto nei paesi industrializzati. Questi successi hanno favorito la diffusione dell'idea che le malattie infettive siano state vinte. Ma questo concetto non è propriamente giusto se si pensa ai paesi sottosviluppati, e se si esamina che per alcune malattie (AIDS, EBOLA; SARS etc) sono aumentate le aspettative di vita, ma sono ancora causa di morte.

### **Incidenza AIDS**

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

**In Sardegna nel 2004 sono stati registrati 17 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato 3,12 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.**



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



### **Infezioni tetaniche ed utilizzo di immuglobine**

Il numero dei casi di tetano in Italia, dopo l'obbligo delle vaccinazioni ha subito un decremento con una media annua di circa 95 casi. Il tasso di incidenza grezzo italiano nel 2003 del tetano è di 0,12 casi per 100.000 abitanti.

**Nel caso della Sardegna esso risulta dello 0,00 casi su 100.000 abitanti dimostrando una diminuzione dei casi rispetto ai dati del 1994 il cui dato era dello 0,00.**

### **Dipendenze da sostanza**

La dipendenza è una vera e propria patologia e la sua scarsa conoscenza sui fattori che la generano finisce per impedire la programmazione di campagne preventive su target particolarmente a rischio.

All'interno della popolazione giovanile alcune sostanze psicoattive illegali, risultano correlate al rischio di effetti negativi sulla salute a breve, medio e lungo termine. In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze. I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana) e tranne che in casi rari si evidenzia una notevole differenza nel consumo di queste sostanze tra maschi e femmine: in particolar modo il rapporto M/F sembra essere superiore a 1,5/1. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione e nello specifico Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

**In Sardegna i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 36,1% e ragazze 21,7%; Cocaina ragazzi 7,2% e ragazze 3,9%; Eroina: ragazzi 5,3% e ragazze 2,1%; Allucinogeni: ragazzi 5,0% e ragazze 3,7%; Stimolanti: ragazzi 5,1% e ragazze 2,0%.**

### **Mortalità per Suicidio**

Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione nonché nell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Esso è stimato nell'elaborazione del 2002 pari allo 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le donne) ed appare in calo rispetto alle precedenti rilevazioni.

Il decremento è più marcato tra le femmine (-27%) che nei maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, e a classe più interessata per entrambi i sessi è quella relativa agli anziani con più di 75 anni pari al 3,16 casi ogni 10.000 abitanti negli uomini e 0,57 casi nelle donne.

**La Sardegna ha registrato nel 2002 rispetto al 1992 un aumento dei suicidi maschili, il tasso standardizzato è dell'1,96 ogni 10.000 abitanti, mentre per le donne è dello 0,25 ogni 10.000 abitanti.**

### **Mortalità infantile**

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno - infantili. Il tasso di mortalità



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime quattro settimane ed entro il primo anno di vita).

Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

**Per quanto riguarda la Sardegna il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 3,6 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,9%.**

### **Ricoveri bambini**

Il ricorso alle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero varia in relazione dell'età del paziente, in relazione al bisogno di salute e alle differenze nell'entità della domanda di prestazioni sanitarie necessarie.

Per quanto riguarda i bambini si stima che in Italia i ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita sono di 548,7 su 1.000 abitanti

**In Sardegna tasso di ricoveri per i bambini inferiori all'anno di vita è di 681,0 per 1.000 abitanti.**

### **Abortività volontaria**

I dati del 2003 con 124.118 di interruzioni di gravidanza volontarie (IVG) confermano la tendenza alla stabilizzazione del fenomeno, dopo un costante declino iniziato a partire dalla metà degli anni 80. Le regioni del Nord Ovest e del Centro presentano valori superiori alla media nazionale.

Il tasso standardizzato è di 9,5 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 15,1. Questo dato può essere determinato in parte dall'ingresso delle donne straniere, prevalentemente giovani, presenti nel nostro paese che fanno ricorrenza alla IVG.

Osservando il fenomeno per lo stato civile, i livelli di abortività più elevati si osservano tra le persone separate, divorziate e vedove (22,2 per 1.000 nel 1993 e 24,3 nel 2003) che però numericamente costituiscono un gruppo più piccolo.

**In Sardegna, nel 2003, il tasso standardizzato delle interruzioni volontarie della gravidanza è pari al 5,8 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 7,9 casi ogni 1.000 donne.**

### **Parti cesarei**

La proporzione dei parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti i valori più elevati al mondo.

Nel 2003 la proporzione dei parti cesarei a livello nazionale è di 36,6% sul totale; con un aumento del 5,2% rispetto al 1998.

**In Sardegna, il totale dei parti cesarei nel 2003 è stato del 36,7% sul totale; con un aumento del 10,7% rispetto al 1998.**

### **Incidenti stradali**

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia.



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale, inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) rispetto a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi).

In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

**In Sardegna, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,21 per gli uomini e 0,50 per le donne.**

### **Incidenti domestici**

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici interessano il 53,2% degli italiani, il 20,1% delle donne e il 6,2% degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10).

Le età più interessate sono la terza età (21,4% delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7% dei bambini tra 0 e 4 anni).

Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Sardegna, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 35 su 47 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,4 casi.**

### **Assistenza territoriale**

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni.

All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte.

La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale.

In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

**In Sardegna, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,46 e 0,41 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.**

## **Trapianti**

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario.

I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042 di questi ne sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

**In Sardegna, il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 49 di questi ne sono stati effettivi 37 e utilizzati 36.**

## **Apparecchiature PET, TRM e TAC**

La tecnologia in campo sanitario è utilizzata in maniera sempre più intensa nell'assistenza ai pazienti così come nella prevenzione. L'utilizzo diffuso della tecnologia incide in maniera sempre più significativa nel determinare l'esito finale dei trattamenti con implicazioni sull'organizzazione dei servizi, sull'evoluzione e sulle competenze professionali, sui costi dell'assistenza e sulla soddisfazione dell'utente.

Gli investimenti nelle tecnologie biomediche sono un indicatore significativo della capacità produttiva di un sistema sanitario in una regione.

Il peso tecnologico grezzo (TG) permette di cogliere in maniera sintetica il diverso peso delle tecnologie in relazione ad un prezzo medio commerciale determinato attraverso una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT).

L'indice permette di valutare l'evoluzione del peso della tecnologia nelle diverse regioni italiane nei due anni presi in considerazione (2002 e 2003).

Indice di tecnologicizzazione corretto per popolazione è dato dal rapporto tra l'indice di tecnologicizzazione (avuto dalla sommatoria degli indici Pet, Tac e TRM) e la popolazione residente per 100.000 abitanti.

Il peso della tecnologia in Italia è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,56 a 1,61 ma tale aumento non è generalizzato in tutte le regioni.

**Il peso della tecnologia in Sardegna è leggermente diminuito tra il 2002 e il 2003 da 1,72 a 1,69.**

## **Spesa per formazione per personale dipendente nelle Aziende Sanitarie locali e nelle Aziende Ospedaliere.**

La formazione del personale all'interno delle aziende sanitarie costituisce un processo complesso orientato all'adeguamento delle competenze e della capacità sia di natura tecnico-professionale sia gestionale, alle esigenze di sviluppo organizzativo di gestione corrente dei processi aziendali.

I risultati evidenziano per il 2002 una spesa formativa delle aziende sanitarie italiane in media di 164,00 euro a persona, questo dato è inferiore a quello dello scorso anno che era di 248,00 euro a persona.. per ciò che attiene alla differenziazione tra ASL e AO (Aziende Ospedaliere) la spesa medica delle prime nel 2002 è di 155,00 euro per cui superiore alle AO in cui, nello stesso periodo, risulta essere di 100,00€.

**In Sardegna, nell'anno 2002 la spesa pro capite per formazione (esternalizzata e non) per personale dipendente delle ASL è pari a 55,00 euro**

**contro 66,00 euro del 2001 con una variazione assoluta di -11,00€; mentre per le AO è pari a 29,00 € contro i 61€ del 2001 con una variazione assoluta di -32,00€.**

### **Ticket**

Il ticket farmaceutico rappresenta il contributo che il paziente deve pagare per ottenere farmaci rimborsati dal SSN.

L'indicatore permette di avere una visione d'insieme dell'utilizzo del ticket farmaceutico, evidenziandone, anche alcune caratteristiche, stabilite attraverso la normativa regionale di riferimento. L'utilizzo di questa leva finanziaria dovrebbe servire a frenare la crescita della spesa farmaceutica, che è spesso viziata dalla tendenza ad acquistare farmaci in quantità superiore ai bisogni effettivi.

La differenza tra Regione e Regione nell'applicazione del ticket, in termini di spesa farmaceutica procapite, non sembrerebbe evidenziare solo una scelta di natura economico-finanziaria pura, ma una scelta legata alle difficoltà di bilancio e alla mancanza di utilizzo di altri strumenti più idonei a raggiungere il contenimento della spesa farmaceutica.

Le uniche regioni a non avere reintrodotta, dopo l'abolizione del 2000, forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica erano, la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, L'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, mentre hanno abolito il ticket la Sardegna e la Calabria.

Dai dati emerge che nelle regioni del nord si applicano il ticket, l'importo è di 2 € a confezione, e 4€ a ricetta, mentre le regioni del Centro-Sud, ad eccezione di Puglia e Sicilia, hanno il ticket per confezione e ricetta più bassi.

**La Sardegna ha una spesa farmaceutica lorda procapite di 246,88€ senza nessuna partecipazione da parte dei cittadini attraverso il pagamento del Ticket.**

### **Rating**

Il rating è una valutazione, fornita da parte di un'agenzia privata specializzata, del merito di credito di un soggetto emittente obbligazioni sui mercati finanziari internazionali. È un indicatore della capacità del soggetto di far fronte puntualmente al servizio del debito. Il rating assume rilevanza in quanto fornisce agli operatori finanziari un'informazione omogenea sul grado di rischio degli emittenti e riveste una grande importanza per tutti gli investitori che non sono adeguatamente attrezzati per un'analisi autonoma del rischio di credito.

La scala internazionale che esprime il giudizio di rating è formata dalla combinazione di più lettere in cui la lettera A è utilizzata per esprimere il giudizio più elevato e la lettera C il giudizio più basso.

Le regioni italiane hanno valori di rating piuttosto differenti si passa dalla AA della Lombardia alla A3- della Campania.

Le tre maggiori agenzie sono Standard and Poor's, Moody's e Fitch Rating che forniscono una gamma completa di valutazione, differente sia per tipologia dell'emittente che per strumento finanziario.

Le tre principali agenzie hanno dato tre differenti valutazioni per ogni regione italiana, mentre allo Stato Italiano la Fitch ha dato: AA, Moody's Aa2, e S&P AA-

**La Sardegna ha avuto una valutazione da parte di Moody's A2, Fitch e S&P non hanno fornito valutazioni.**

**Di seguito il commento del Prof. Antonio Azara e della Prof.ssa Ida Mura, Istituto di Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari e referenti per la Regione dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**

Il quadro generale dello stato di salute e della qualità dell'assistenza sanitaria in Sardegna, così come emerge dal Rapporto Osservasalute 2005 si prospetta come non particolarmente dissimile da quello delle altre regioni italiane. Peraltro, nell'ambito di una non semplice sintesi di una così rilevante mole di dati, particolarmente utile alla programmazione sanitaria, numerosi aspetti presentano peculiarità interessanti da commentare.

Relativamente ai dati demografici si rileva la percentuale di persone anziane che vivono da sole che, nel 2004, è tra le più basse in ambito nazionale sia nella fascia di età oltre i 65 anni (7,8% del totale delle famiglie, contro una media nazionale dell'11%) sia oltre i 75 anni (5% del totale delle famiglie, contro una media nazionale del 7,5%). La speranza di vita alla nascita nelle province sarde sia negli anni 1991-93, che 1998-2000, è pressoché allineata alla media nazionale.

La mortalità per malattie cardiovascolari e tumori, negli anni 1999-2001, è in calo rispetto al periodo 1991-93 ed evidenzia tassi inferiori alla media nazionale; è inoltre possibile rilevare una minore incidenza (rispetto al dato nazionale) di alcuni tra i tumori più frequenti quali quello della mammella, del colon, del retto, del polmone e dello stomaco. Appaiono peraltro insufficienti i dati per poter valutare l'attività di screening nell'ambito della prevenzione dei tumori femminili che del colon retto.

Tra gli aspetti relativi alle malattie infettive emerge, invece, un tasso standardizzato di incidenza di AIDS, nel 2004, tra i più elevati (3,12 ogni 100.000 abitanti) e superiore rispetto alla media nazionale (2,85/100.000 ab.).

Altro aspetto negativo è quello rappresentato dal tasso di mortalità per suicidio; infatti, in ognuna delle fasce di età considerate, si evidenziano tassi tra i più elevati delle varie regioni. Tale aspetto ovviamente, è significativo dello stato di salute mentale, ma verosimilmente, potrebbe anche essere suggestivo del grado di efficienza dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione degli episodi di acuzie.

Alcuni degli indicatori utilizzati per valutare l'assistenza territoriale (Aziende Unità Sanitarie Locali dotate di Centro Unico di Prenotazione, AUSL con Assistenza Domiciliare Integrata, posti letto nei presidi residenziali socio sanitari per i non autosufficienti) evidenziano notevoli possibilità di miglioramento organizzativo, aspetto che, per certi versi, coinvolge anche l'assistenza ospedaliera; si nota, infatti, nel 2003, un maggiore ricorso alla ospedalizzazione (con elevato tasso di dimissioni ospedaliere sia in regime ordinario che in day-hospital ma un minore tasso di dimissione per riabilitazione e lungodegenza (probabile spia di un'insufficiente offerta in queste due forme di assistenza). Il maggiore ricorso alla ospedalizzazione è



**osservatorio**  
nazionale sulla salute nelle regioni italiane



comunque svolto con discreta efficienza se interpretato attraverso il tasso delle giornate di degenza (1.151 contro 1.155 in ambito nazionale) e la degenza media standardizzata (7,5 giorni), di quasi 1 giorno superiore rispetto alla media nazionale (6,7 giorni).

Prof.ssa IdaMura, Ist. di Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari: 338-3948138

Prof. Antonio Azara, Ist. di Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari: 338 2065255

*Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – [ufficiostampa@rm.unicatt.it](mailto:ufficiostampa@rm.unicatt.it) – 06 30154442 - 4295*

***Referenti: Nicola Cerbino (ncerbino@rm.unicatt.it) cell. 335.7125703***

***Andrea Tomasini (tomasiniufficiostampa@hotmail.com) cell.329.2634619***