

QUOTIDIANI NAZIONALI E LOCALI

Ecco l'atlante delle eccellenze

DA ROMA

Le differenze tra regioni e regioni non significano sempre prestazioni sanitarie sotto la media. Il terzo Rapporto Osservasalute 2005 evidenzia anche le "buone notizie", ovvero i settori in cui eccellono le 19 regioni e le 2 province autonome. Ecco, da Nord a Sud, l'atlante delle migliori performance.

In Piemonte ottimi day hospital oncologici. Ha una percentuale di chemioterapie per leucemie dell'82%, sopra la media nazionale del 65%. Merito dell'organizzazione dei day hospital per la cura dei tumori.

Bene la Val d'Aosta per asma e diabete. Hai più bassi ricoveri per asma e complicanze da diabete. Merito dell'integrazione tra ospedale e territorio nell'assistenza ai cronici.

Lombardia al top per riabilitazione. Eccelle per la pianificazione della rete di strutture per la riabilitazione, cruciale per la popolazione anziana.

A Bolzano tutti snelli. Sovrappeso il 26% contro la media nazionale del 33%. Estetica a parte, l'obesità è una patologia cronico-degenerativa.

Trento parsimoniosa e prudente. Oltre al contenimento della

spesa per farmaci, ha il Mitris, l'unico sistema di sorveglianza integrato degli incidenti stradali.

Il Veneto usa bene gli ospedali. Ha la più bassa percentuale di ricoveri per un giorno solo: 5,7% contro la media del 10,5.

In Friuli Venezia Giulia sanità in attivo. Caso unico, ha un utile medio di 336 mila euro per le sei asl e 581 mila per i tre ospedali.

Liguria serena con pochi suicidi. Ha il tasso di suicidi più basso: 0,84 per gli uomini e 0,14 per le

A Enna il più basso indice di mortalità per tumori. A Bolzano il minor numero di persone sovrappeso. Lazio più accogliente verso i disabili

donne, rispetto alle medie nazionali di 1,07 e 0,27. Un indicatore di buona salute mentale

In Toscana bassissima mortalità infantile. È sotto la media ed è calata in 15 anni dal 6,5 per 1.000 al 2,9.

L'Umbria investe sul personale. Oltre 1.000 euro procapite per la formazione contro i 234 di media

nazionale

Nelle Marche tanti donatori d'organi. Ospedali più efficienti nei prelievi e nelle rianimazioni, ottimi i Coordinatori locali

Lazio attento ai bimbi disabili. Oltre la diagnosi, il reinserimento: ha il 2,36% di alunni con disabilità, la media è l'1,9%

Abruzzo record per posti letto nei Dea. Il tasso di posti nei Dipartimenti emergenza e accettazione è doppio rispetto alla media nazionale.

Campania, saldo attivo per le nascite. È al + 3,1 contro una media di - 0,3. Il tasso di natalità campana è dell'11,3, quello italiano 9,5. **Puglia prima contro l'Aids.** Ha un tasso di incidenza dello 0,51, meno di un quinto del dato nazionale di 2,85.

La Calabria azzera la sifilide. Nessun nuovo caso: è il risultato migliore nella generalizzata diminuzione

In Sicilia bassa mortalità per tumori. È Enna la provincia con la più bassa mortalità per tumori: 23 per gli uomini (media italiana 33), 12 per le donne (17), ma il dato nell'Isola è ovunque più basso.

La Sardegna non abbandona i nonni. Solo 48 mila gli over 65 soli, 31 mila gli over 75. (Per Basilicata e Molise, vedi i box in alto, ndr). (L.Liv.)



LA SALUTE IN ITALIA

La performance delle Regioni



LOMBARDIA

Al top per le attività di riabilitazione.

VALLE D'AOSTA

Eccellente l'assistenza territoriale.

PIEMONTE

Ottima l'organizzazione dei Day hospital oncologici.

LIGURIA

Il più basso tasso di mortalità per suicidio in Italia.

TOSCANA

Le maggiori garanzie per i bambini.

UMBRIA

Dove si investe di più in formazione del personale.

SARDEGNA

La percentuale più bassa di persone anziane che vivono da sole.

TRENTO

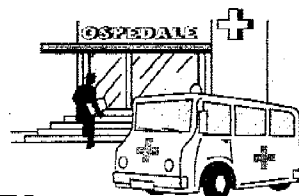
Riesce a controllare la spesa farmaceutica senza ticket.

PROVINCIA DI BOLZANO

La provincia più "in linea".

FRIULI-VENEZIA GIULIA

L'unica dove le aziende sanitarie e ospedaliere sono in attivo.



VENETO

Migliore utilizzo degli ospedali.

EMILIA-ROMAGNA

Dove si registra la speranza di vita alla nascita più lunga.

MARCHE

Il più alto tasso di donatori d'organo.

ABRUZZO

Il tasso di posti letto nei Dipartimenti emergenza e accettazione è il doppio della media nazionale.

MOLISE

All'avanguardia nella prevenzione.

LAZIO

Il più elevato tasso di inserimento di bambini disabili nella scuola.

CAMPANIA

Il saldo naturale della popolazione è attivo.

BASILICATA

Eccellenza nella prevenzione tumori.

SICILIA

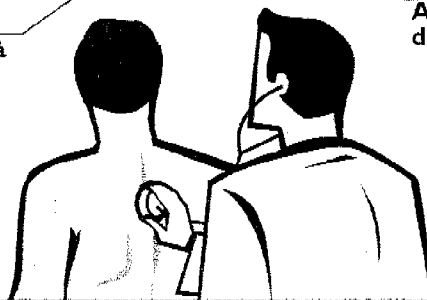
La più bassa mortalità per tumore.

PUGLIA

Nel 2004 il più basso tasso di incidenza di AIDS.

CALABRIA

Azzerati i casi di sifilide.



Rapporto

*La sanità italiana
regge il confronto
con l'Europa
Ma ancora troppi
divari Nord-Sud*

PAGINA 4

**GLI ITALIANI
E LA SALUTE**

Presentato il Rapporto
Osservasalute frutto
del lavoro di più di 200
ricercatori coordinati

dall'Osservatorio
nazionale sulla salute nelle
regioni italiane, istituito
dall'Università Cattolica

Le cento Italie della Sanità

l'indagine

La popolazione italiana continua a invecchiare, ma la salute è sostanzialmente buona. Malattie cardiovascolari e tumori restano in testa alle cause di morte. Buono, ma disomogeneo, il tasso di mortalità infantile. Tra le preoccupazioni emerge l'alta percentuale di parti cesarei. Dubbi solleva l'eterogeneità delle scelte delle regioni, per esempio nel campo dei ticket farmaceutici. Il sistema sanitario nazionale regge il confronto europeo, ma in molti campi si registrano ancora troppe differenze tra le regioni

DA ROMA LUCA LIVERANI

Italiani, gente sana. Nonostante l'età media alta, la salute nel Belpaese è sostanzialmente buona. Grazie a un sistema sanitario nazionale di qualità, in grado di reggere il confronto europeo. E questo anche se la differenza tra regione e regione ci sono, in alcuni casi fin troppo ampie. Vedi i parti cesarei, in Campania 6 ogni 10, a Bolzano 2. Oppure i ticket, che nel Lazio non hanno contenuto la spesa sanitaria, mentre il Trentino senza c'è riuscito. È il terzo Rapporto Osservasalute 2005 che analizza in modo dettagliato in 382 pagine la salute e la qualità dell'assistenza nelle regioni. E lancia un messaggio: «Il federalismo in sanità - avverte il direttore dell'Osservatorio professor Walter Ricciardi - non funziona. Germania e Canada, paesi federali per definizione, stanno facendo marcia indietro». Il volume è il risultato del lavoro di più di 200 ricercatori in tutta Italia di università, asl, ospedali, istituti scientifici e ministeri, più l'apporto di Cittadinanzattiva, Caritas e Fish. Tutti collaborano con l'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, che ha sede presso l'Università cattolica di Roma.

Italia paese di anziani La quota di popolazione anziana (oltre 65) e vecchia (oltre 75) è tra le più elevate al mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il 65° compleanno, poco meno di un decimo il 75°. Nel Nord Est e nel Centro, in Abruzzo, Molise, Piemonte, e soprattutto Liguria (1 su 4 è anziano) hanno quote di *over 65* superiori al 20% dei residenti. **Gli uomini vivono un po' di più** Aumentano le aspettative di vita per entrambi i sessi: 76,5 gli uomini, 82,5 le donne. A Rimini e Macerata il primato della speranza di vita per gli uomini con 78,2 anni e An-



cona per le donne con 83,9 anni. E i dati dell'ultimo decennio del '900 (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 negli anni '90.

Tumori e malattie cardiocircolatorie Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori, circa il 30% del totale dei decessi, prima causa di morte nell'età adulta e seconda tra anziani. Negli ultimi trent'anni il numero assoluto di decessi per tumore è andato costantemente aumentando: più decessi tra gli anziani, mentre le generazioni in età più giovane sono a minore rischio.

Alimentazione ancora da analizzare Scarsi, però, su alcuni fronti i dati statistici di qualità: se per l'assistenza ospedaliera e farmaceutica esistono flussi informativi ben consolidati, in altri settori, spiega il professor Gianfranco Damiani - docente all'Istituto di Igiene della Cattolica e membro della segreteria scientifica dell'Osservatorio - «la carenza di informazioni impedisce una compiuta analisi degli stili di vita alimentari, che hanno un elevato impatto su tumori e malattie cardiovascolari».

Mortalità infantile bassa ma disomogenea

Tra i settori che necessitano più coordinamento c'è la mortalità infantile: per il 2002 il dato nazionale è 4,1 ogni 1000 nati vivi. Ma in Toscana è 2 - tra le più basse al mondo - in Basilicata è tripla: 6,9.

Parti cesarei a rischio business Per il ministero della Salute il valore di riferimento deve essere il 20% del totale, ricorda la professoressa Roberta Siliquini, docente all'Istituto di Igiene a Torino e nella segreteria scientifica dell'Osservatorio. Ma nel 2003 più di un parto su tre è stato cesareo: il valore nazionale è del 36,6% cresciuto dal 1998 del 5,2%. Con oscillazioni impressionanti da regione a regione: dal 19,5% nella provincia di Bolzano al 57,9% della Campania.

La "roulette federale" dei ticket farmaceutici «Le scelte delle Regioni vanno coordinate per evitare situazioni di larga eterogeneità come per i ticket farmaceutici», esemplifica il professor Americo Cicchetti, docente di Organizzazione aziendale a Chieti e membro della segreteria scientifica di Osservatorio. «La provincia di Trento senza ticket contiene la spesa lorda farmaceutica pro capite a 174,24 euro, il Lazio col ticket (ora abolito, ndr) sta a 305,07».

La devolution fa male alla sanità

Il professor Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio, mette in guardia sui pericoli della devolution: già oggi in sanità le differenze tra regioni sono eccessive: «Diversi stati federalisti - spiega Ricciardi che dirige anche l'Istituto di Igiene della Cattolica - stanno tornando indietro. In Germania nel 2005 hanno organizzato la prima conferenza nazionale sulla prevenzione, la prima in 60 anni». Di fronte a minacce globali «nessuna regione italiana può dirsi completamente attrezzata. Ci sono crisi che creano in maniera ricorrente squilibri economici enormi. L'avaria nel forlivese ha bloccato il settore ovicolo e

l'Emilia Romagna, regione efficiente, da sola non ce la può fare. Serve uno sforzo congiunto, l'eccessiva frammentazione ci rende vulnerabili». Eclatante il caso dei trapianti: «Prima per la frammentazione del sistema eravamo la Cenerentola d'Europa. Ora che c'è un centro nazionale che collabora con le regioni, siamo autosufficienti e secondi nella Ue». Dai 329 donatori e 1.083 trapianti del 1992 siamo passati a 1.120 donatori e 3.217 trapianti del 2004. «Regionalizzare la sanità va bene, ma le regioni non vanno abbandonate a se stesse: devono collaborare col centro e tra loro».

Il Molise guida la lotta al fumo E ha debellato la rosolia

CAMPOBASSO. Il Molise ha il più alto tasso di centri antifumo per abitante e sul fronte delle vaccinazioni ha debellato la rosolia con un tasso di notifica nel 2002 pari a zero. «Il Molise - ha osservato il professor Guido Maria Grasso, del dipartimento di Scienze per la Salute dell'Università degli Studi del Molise e referente dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle regioni italiane - 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. La regione presenta, infatti, uno dei più elevati tassi di centri antifumo per abitante: 1,2 per 100.000 abitanti rispetto a 0,5 della media nazionale». «Sul fronte delle vaccinazioni - aggiunge il professore - il Molise ha debellato la rosolia, con un tasso di notifica pari a zero casi. Tra le cause di morte, invece 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».

BASILICATA

In prima fila per screening dei tumori

Il gradiente Nord-Sud perde in parte la sua unicità di significato su un fronte strategico come quello dello screening dei tumori: «La Basilicata è nel Sud in assoluto all'avanguardia - fa notare 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 (Lea); attualmente invece solo la metà delle donne italiane è inserita in un programma di screening mammografico.



ITALIA

Tumori al Sud previsioni nere per la Campania

ROMA. Tumori in aumento nel Sud Italia. Le Regioni meridionali, dove finora ci si ammalava meno di cancro, registrano un'inversione di tendenza, fotografata dal Rapporto Osservatorio salute 2005, presentato ieri al Policlinico Gemelli di Roma. Anche l'incidenza delle malattie cardiovascolari è in crescita al Sud, in aree tradizionalmente "protette" come Sicilia e Campania.

I maschi italiani sono meno colpiti dai tumori, rispetto al passato, nelle Regioni settentrionali, mentre i casi sono in forte aumento nel Mezzogiorno. Per le donne l'incidenza del cancro è in crescita ovunque, ma in particolare al Sud. «Le nuove stime e le proiezioni per il futuro - spiega Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto - segnalano il capovolgimento della situazione: alcune Regioni meridionali, per esempio la Campania, saranno le più a rischio di cancro in Italia».



Napoli e Caserta, il triste primato della mortalità

I record negativi della Campania In aumento i ricorsi all'ospedale

SILVIO B. GERIA

Notizie allarmanti per i malati di cuore campani: proprio la Campania, infatti, ha il primato in Italia per la mortalità da malattie cardio-circolatorie: secondo i dati diffusi dal congresso della Siprec, Società italiana per la prevenzione cardiovascolare, gli uomini muoiono di più a Napoli (52,5 su diecimila) e le donne (38,1) di più a Caserta.

Ecco in grande sintesi la realtà delle cinque province campane per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiovascolari. Su diecimila persone a Napoli, muoiono 52,5 uomini e 38,1 donne; ad Avellino 43,2 uomini e 33,0 donne; a Benevento 44,8 uomini e 31,2 donne; a Caserta 52,4 uomini e 39,8 donne; a Salerno 45,1 uomini e 32,0 donne. Secondo il Rapporto «Osservasalute 2005», in Campania la mortalità per malattia del sistema circolatorio nel triennio 99-01 ha riguardato 49,1 maschi e 36 femmine ogni diecimila abitanti, tassi che fanno sì che la Campania detenga il primato della mortalità in Italia sia per gli uomini che per le donne. Nonostante si registri un calo rispetto al triennio 91-93 (58 ogni diecimila abitanti per gli uomini e 44,6 per le donne), le malattie del sistema circolatorio in Campania sono la prima causa di morte sia per gli uomini che per le donne, al secondo posto i tumori (34,2 per gli uomini e 16,7 per le donne).

In Campania il tasso più alto per gli uomini è stato registrato a Napoli con il 52,5 mentre per le donne l'incidenza più alta si è avuta a Caserta con il 39,8. Con questi tassi Napoli e Caserta guidano anche la classifica italiana delle province con il più indice di mortalità rispettivamente per gli uomini e per le donne. L'incidenza più bassa

per gli uomini è quella di Avellino (43,2) mentre per le donne è quella di Benevento (31,2). Per quanto riguarda gli uomini, l'incidenza per diecimila abitanti per mortalità da malattie del sistema circolatorio è stata di 43,2 ad Avellino; 44,8 a Benevento; 45,1 a Salerno; 52,4 a Caserta; 52,5 a Napoli.

Per quanto riguarda le donne, l'incidenza per diecimila abitanti per mortalità da malattie del sistema circolatorio è stata di 31,2 a Benevento; 32,0 a Salerno; 33,0 ad Avellino; 38,1 a Napoli; 39,8 a Caserta. È lievemente al di sotto della media nazionale per la Campania invece il dato (Istat) relativo all'incidenza delle malattie di cuore: nel 2003 in Italia hanno dichiarato di soffrire di malattie del cuore 3,9 persone ogni cento, in Campania la percentuale è del (3,8). Crescono in linea con il trend nazionale i ricoveri per infarto: nel 2003, secondo i dati del Ministero della Salute in Campania sono stati registrati 9.189 ricoveri per infarto contro i 8.401 di un anno prima. Più gli uomini (6.398) delle donne (2.791). La fascia d'età più rappresentata è quella che va dai 65 anni in poi (5.069).

La degenza media in Campania è stata di 7,55 giorni (nel 2002 era stata di 7,73 giorni). In Italia nel

2003 i ricoveri sono stati 117.764 (nel 2002 erano stati 111.298) con una degenza media di 8,63 giorni. Secondo lo Studio Gise, infine nel 2004 nei laboratori di emodinamica della Campania sono state eseguite 20.916 coronarografie e 9.462 angioplastiche (in Italia sono state effettuate 237.925 coronarografie e 104.574 angioplastiche).

Il cuore malato

TASSO DI MORTALITÀ

Le malattie cardiovascolari uccidono in Italia **40,2 uomini e 27,0 donne ogni diecimila abitanti**. Sono cioè la **prima causa di mortalità**. Al secondo posto i tumori (33,8 per gli uomini e 17,3 per le donne)

La Campania è la regione con il **più alto tasso di mortalità** in Italia sia per gli uomini che per le donne (rispettivamente **49,1 e 36,0**)

UOMINI

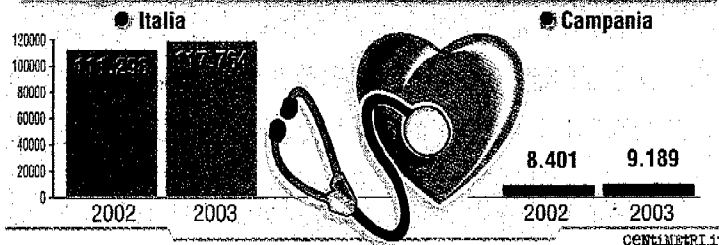
Nel triennio 1999-2001 la provincia italiana con il tasso di mortalità più alto per i maschi è stata **Napoli** con **52,5 morti ogni diecimila abitanti**

DONNE

Nello stesso periodo la provincia con il tasso di mortalità più alto per le donne è stata **Caserta** con **39,8 decessi ogni diecimila abitanti**

In provincia di **Avellino** muoiono **43,2 uomini e 33** donne, a **Benevento** **44,8 uomini e 31,2** donne e a **Salerno** **45,1 uomini e 32** donne

RICOVERI PER INFARTO



IL RAPPORTO

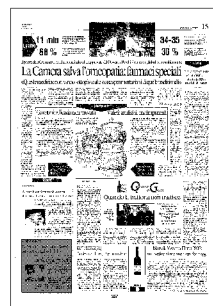
Uomini più attenti delle donne alla salute e agli stili di vita

ROMA - È un'inversione di tendenza quella che si intravede nel rapporto dei due sessi con la salute. Gli uomini, ha riferito Walter Ricciardi del Policlinico Gemelli, cominciano a



salvaguardare di più il proprio fisico, pian piano hanno cominciato a smettere di fumare e in alcuni casi superano il gentil sesso, da sempre attento alla propria forma fisica, in quanto al tempo dedicato alla palestra. Le donne, invece, ha riferito l'esperto nel corso della pre-

sentazione del Rapporto Osservasalute 2005, sembrano indietro nell'adottare stili di vita salutari e per lei si cominciano a vedere i risultati di cattivi comportamenti come il fumo.



Italia, la mappa della salute maschi più attenti, migliora il Sud

**Il Rapporto 2005
della Cattolica:
al Meridione
resta l'emergenza
per cesarei e
mortalità infantile**

MARIO REGGIO

ROMA — Il sistema sanitario italiano mantiene il secondo posto a livello mondiale sancito nel 2000 dall'Oms, ma non migliora. Troppe ancora le differenze tra le Regioni del Centro Nord e quelle del Sud, anche se anche in quelle meridionali non mancano centri d'eccellenza. È in sintesi il risultato del Rapporto Osservasalute 2005, 382 pagine di analisi di dati sulla salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane. L'analisi è stata effettuata da 200 ricercatori che collaborano con l'Osservatorio

nazionale dell'Università Cattolica di Roma.

Il Rapporto prende le mosse dalle cose che stanno cambiando. In primo luogo cresce il numero degli anziani, quindi il sistema sanitario dovrà sempre di più fare i conti con l'aumento prevedibile dei malati cronici. Sale la speranza di vita. Le donne sono sempre in testa, ma si riduce il gap con gli uomini. I maschi, infatti, stanno lentamente recuperando terreno adottando stili di vita più salubri che non in passato: smettono di fumare in numero crescente, stanno più

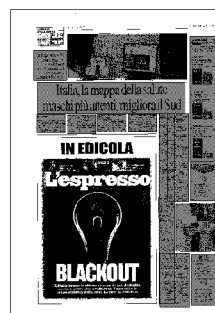
attenti all'alimentazione e alla forma fisica. Una tendenza confermata anche dall'analisi delle varie tipologie di tumore. Il numero dei casi rilevati resta costante, aumenta la possibilità di guarigione, diminuiscono i casi tra gli uomini, crescono al Sud. Nelle regioni meridionali, infatti, l'alimentazione si sta modificando gradualmente: sempre più persone abbandonano la dieta mediterranea e si uniformano al consumo dei prodotti meno genuini e conservati.

«Quello che emerge dal Rapporto 2005 non è solo il gradiente Nord-Sud — spiega il professor Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma e direttore dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni — 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 non mancano — conclude — i settori critici che impongono interventi urgenti di miglioramento».

Uno di questi riguarda la mortalità infantile. Per il 2002 il dato nazionale risulta di 4,1 ogni mille nati vivi. Ma c'è ancora una differenza insostenibile tra il minimo della Toscana ed il massimo di 6,9 in Basilicata. Altrettanto critiche le variazioni riferite ai parti cesarei. «Il ministero della Salute ha fissato il valore di riferimento dei parti cesarei al 20 per cento del totale — afferma la professoressa Roberta Siliquini, docente dell'Istituto d'Igiene dell'università di To-

rino — questo l'obiettivo da raggiungere in base al Piano sanitario nazionale 2003-2005. Invece, nel 2003, più di un parto su tre è stato cesareo: il valore nazionale è del 36,6 con un aumento del 5,2 per cento rispetto al '98. Si va da poco meno del 20 per cento della provincia di Bolzano al 51,2 della Basilicata». Ma a dimostrazione delle contraddizioni del sistema, in Basilicata lo screening dei tumori ha raggiunto livelli d'eccellenza, con totalità delle donne tra i 50 e 69 anni per il seno.

Tra i settori di eccellenza spicca quello dei trapianti d'organo. In poco più di dieci anni, da finalino di coda in Europa, l'Italia è saldamente al secondo posto alle spalle della Spagna. È la dimostrazione che, quando esiste un sistema ben organizzato di relazioni tra le Regioni, i problemi sanitari si affrontano molto meglio e danno ottimi risultati. «Spetterà alle stesse Regioni — conclude il professor Ricciardi — concordare le modalità di questa indispensabile attività di coordinamento, costruendo rapporti sinergici con le istituzioni centrali, per salvaguardare l'unitarietà e l'equità del sistema sanitario nazionale».

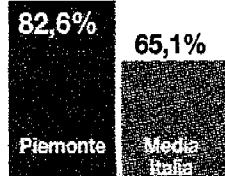


Valle D'Aosta

- **Eccellente assistenza territoriale**
- **Tassi ospedalizzazione per asma e diabete più bassi d'Italia.**
(0,12 asma, 0,31 diabete)

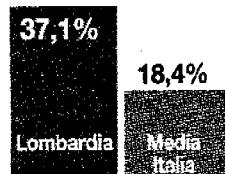
Piemonte

- **Ottima organizzazione day hospital oncologici**
- Chemioterapie per leucemie non secondarie



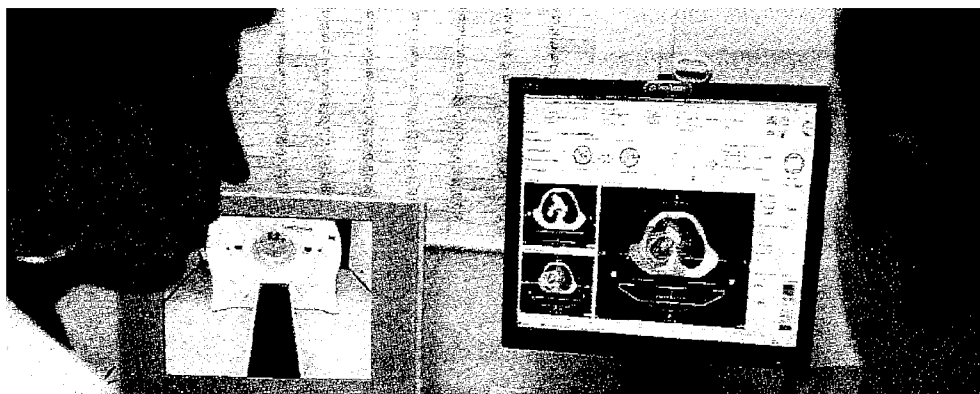
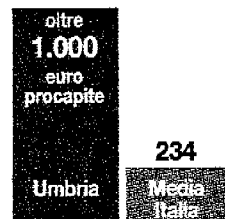
Lombardia

- **Al top per l'attività di riabilitazione**
- Dimissioni ospedaliere per gli over 75:



Umbria

- **Ha investito di più in formazione del personale**
- Spesa 2001 per il personale delle Asl



I PUNTI

1.120

TRAPIANTI

329 donatori nel '92,
1.120 nel 2004
(secondi in Europa)
Numero trapianti:
da 1.083 nel '92
ai 3.217 nel 2004

365.729

STRANIERI

Ricoveri di stranieri
nel 2003 (89%
immigrati: 42% da
Est Europa, 30 da
Africa, 14 da Asia e
14 da America Latina)

4mld

DEFICIT SANITÀ

Servizio sanitario non
è peggiorato rispetto
al 2000 quando l'Oms
certificò il 2° posto a
livello mondiale, resta
gap Centronord-Sud

Trento (prov. aut.)

- Controlla spesa farmaceutica senza ticket
- Spesa lorda procapite di 181,03 euro (la più bassa in Italia)



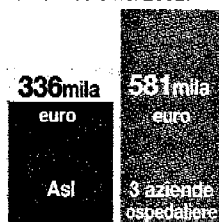
Bolzano (prov. aut.)

- È la più in linea
- Obesi solo il 5,8% della pop. (media naz. 8,5%), sovrappeso 26,6% (media naz. 33,5%)



Friuli Venezia Giulia

- Aziende sanitarie locali e ospedaliere in attivo
- Utile medio nel 2002:



Emilia Romagna

- La speranza di vita alla nascita più lunga
- Per le donne la mortalità più bassa per malattie cardiovascolari



Toscana

- Massima riduzione della mortalità infantile
- Dal '90 al 2002 riduzione dell'8,9%



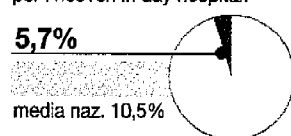
Marche

- Più alto tasso di donatori d'organi
- Nel 2004 53 donatori effettivi e 48 utilizzati per milione di residenti



Veneto

- Migliore utilizzo degli ospedali
- Percentuale più bassa d'Italia per i ricoveri in day hospital:



Liguria

- È la regione più serena
- Più basso tasso di mortalità per suicidio: nel 2002 0,84 per 10mila (uomini) e 0,14 (donne), dato nazionale 1,07 e 0,27



Lazio

- Più elevato tasso d'inserimento a scuola bimbi disabili: alunni con disabilità su totale della pop. scolastica (2002-03)
- 5,7%



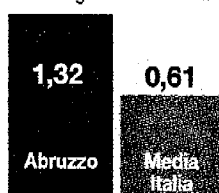
Puglia

- Il più basso tasso di incidenza dell'Aids
- Nel 2004 il tasso è stato dello 0,51 (2,85 tasso naz.)



Abruzzo

- Posti letto doppi rispetto alla media nazionale
- Tasso posti in Dipartimenti di Emergenza e Accettazione:



Sardegna

- Percentuale più bassa di anziani che vivono da soli
- Nel 2004 sono 48mila le famiglie formate da una sola persona over 65 (calo del 21,4 nel periodo 2001-2004)



Campania

- Attivo il saldo della popolazione
- Saldo naturale nel periodo 2002-2004 +3,3% (- 0,3 livello naz.)



Basilicata

- Eccellenza nella prevenzione dei tumori
- Il 100% delle donne tra 50 e 59 anni ha effettuato lo screening per il tumore al seno



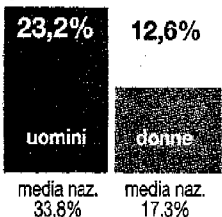
Molise

- All'avanguardia nella prevenzione
- Il più alto tasso di centri antifumo per abitante: 1,2 (0,5 media naz.)



Sicilia

- Enna, la provincia con la più bassa mortalità per tumori



Calabria

- Azzerati i casi di sifilide
- Nessun caso notificato nel 2002, unica regione ad aver ottenuto questo risultato



TUMORI, UNA CONFERMA: IN CALO LA MORTALITÀ

UMBERTO VERONESI

NEL Rapporto Osservasalute ci sono due dati particolarmente significativi per la lotta contro il cancro nel nostro Paese. E sono entrambi positivi. Il primo riguarda la mortalità. Il rapporto italiano conferma infatti la storica inversione di tendenza che si è verificata prima in America e poi Europa a cavallo dei due secoli, quando per la prima volta la mortalità per tumore ha iniziato a diminuire. Bisogna precisare che l'aumento del numero totale delle morti per cancro che la ricerca riporta è dovuto esclusivamente all'invecchiamento della popolazione, cioè al fatto che un maggior numero di persone arriva all'età in cui ci si ammala di più. Se esaminiamo però il numero di decessi per fascia d'età, scopriamo che davvero abbiamo raggiunto l'obiettivo di rovesciare il destino dei malati di cancro, almeno per chi è colpito dai cosiddetti "big killer": tumore del polmone, del colon, del seno e della prostata. Con un'unica grande eccezione: il cancro polmonare, la cui mortalità nell'uomo negli Stati Uniti e recentemente anche in Italia è diminuita significativamente, mentre nelle donne ha raddoppiato le sue vittime nell'ultimo quarto di secolo e continua il suo trend epidemico, sostenuto dal numero di donne che non smettono o che, anche giovanissime, iniziano a fumare.

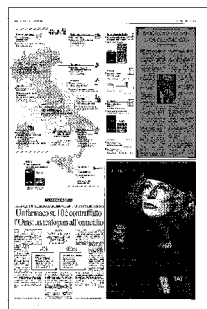
Non c'è dubbio che è la diffusione della cultura della prevenzione e diagnosi precoce che ha permesso la riduzione della mortalità in Italia come nel resto

dell'Europa; ma per la sigaretta le italiane, inspiegabilmente, fanno un'eccezione. Non è così infatti per quello che è ancora oggi il big killer femminile: il tumore del seno. Proprio a questo riguardo mi ha colpito un secondo dato dell'Osservasalute 2005: la partecipazione allo screening. Penso che l'obiettivo di un'adesione globale allo screening mammografico del

50%, come menzionato da Pietro Folino Gallo, sia assolutamente soddisfacente, perché a questa percentuale va aggiunta una frazione del 10, 15% di donne che attua uno screening spontaneo, cioè si controlla sistematicamente senza partecipare ad un programma strutturato. Bisogna pensare che 10

anni fa questa adesione non superava il 20% delle donne e che già possiamo dire, studiando l'andamento delle curve attuali, che nel sarà l'80% a partecipare alla diagnosi precoce. Certo rimarrà sempre, sono convinto, una percentuale di donne (diciamo intorno al 10, 15%) che invece rifiuterà la diagnosi precoce per filosofia di vita, per una sorta di fatalismo profondo che fa accettare anche le peggiori avversità, come la malattia, come necessità ineluttabili del destino. E in questo non esiste differenza fra Nord e Sud.

Tuttavia la tendenza di pensiero e comportamento predominante nelle italiane è a favore della diagnosi precoce e questo è di un'importanza fondamentale perché permette a noi medici di migliorare l'efficacia della cura e la qualità di vita delle nostre pazienti.



SANITÀ *Presentato al Policlinico Gemelli il «Rapporto Osservasalute 2005»*

Buoni i servizi nel Paese ma preoccupano i divari regionali

ROMA, 17.

L'Italia gode di buona salute e ha un sistema sanitario di qualità che, addirittura, in molte regioni raggiunge punte di eccellenza. Tra una regione e l'altra e, a volte all'interno di una stessa regione, permangono però ampie variazioni che evidenziano una carenza di coordinamento nelle attività di programmazione. A questo si aggiunge l'impossibilità di reperire dati in alcuni settori di rilievo, come gli stili di vita alimentare e l'assistenza territoriale, che inibisce ogni tentativo di analisi seria del sistema. Queste le conclusioni emerse dal Rapporto Osservasalute, giunto alla sua terza edizione e presentato ieri mattina alla stampa nella Sala multimediale del Policlinico universitario «Agostino Gemelli» di Roma. Il volume, che consta di ben 382 pagine dense di dati sulla salute e sulla qualità dell'assistenza sanitaria nelle diverse regioni d'Italia, è il frutto del lavoro di oltre 200 ricercatori — che collaborano con l'Osservatorio Nazionale Salute nelle Regioni Italiane — operanti 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 e Istat. A questa edizione del Rapporto Osservasalute 2005 hanno collaborato anche Caritas, Cittadinanza Attiva e Federazione italiana per il superamento dell'handicap (Fish).

Sono intervenuti in conferenza stampa: Walter Ricciardi e Pietro Folino Gallo, rispettivamente direttore e segretario scientifico dell'Osservatorio; Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani e Roberta Siliquini, membri della segreteria scientifica.

L'Italia è un Paese di anziani: un quinto dei residenti ha, ormai, superato il sessantacinquesimo anno di età e poco meno di un decimo il settantacinquesimo. «L'aspettativa di vita cresce — ha esordito Ricciardi — anche se forse non quanto ci aspetteremo. Inoltre abbiamo notato, per la prima volta da decenni, un relativo avvicinamento della speranza di vita degli uomini a quella delle donne, le quali rispetto agli anni '90 vedono ridotto il loro vantaggio di mezzo punto percentuale. Questo dato è probabilmente riconducibile al fatto che oggi le donne adottano stili di vita meno salutarci del passato; pensiamo al vizio del fumo e alle moderne abitudini alimentari. Tra le novità del rapporto di quest'anno vi è lo studio della mortalità per singole province allo scopo di fornire ai decisori locali indicazioni precise sui possibili provvedimenti da adottare».

Il direttore dell'Osservatorio ha poi fornito alcuni dati sulla salute materno-infantile, da cui è emerso che ci sono regioni come il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria che hanno la mortalità neonatale addirittura più bassa del mondo ma ce ne sono altre con dati fino a quattro, cinque, sei volte superiori. «Questo divario regionale — ha continuato — è un fatto inaccettabile». Ricciardi ha poi sottolineato come i parti cesarei in alcune regioni d'Italia siano diventati una pratica troppo frequente nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) abbia fissato il numero dei parti cesarei prima al 15% e poi al 20%, ma l'unica provincia che rispetta questo parametro è quella autonoma di Bolzano (19,5%), nelle altre realtà territoriali del Bel Paese due donne su tre fanno il parto cesareo anche qualora non sia necessario (il 51,2% in Basilicata, il 57,9% in Campania), «il che non è bene né per la donna né per il bambino né tanto meno per il servizio sanitario».

A questi dati Folino Gallo ha aggiunto quelli degli screening mammografici evidenziando come la percentuale di donne inserite varia in maniera significativa nelle diverse regioni secondo il gradiente nord e sud, fatta eccezione per la Basilicata; l'ultimo dato disponibile ci dà soltanto 11 donne su 100 nel sud a fronte dell'80-85% delle regioni centro settentrionali. Una discreta variabilità esiste anche a livello intraregionale come emerge dall'analisi degli indici di mortalità per provincia e di quelli a seguito di bypass aortocoronarico; spesso a poche decine di km coesistono il centro con la mortalità più bassa e quello con la mortalità più elevata a livello nazionale.

«Negli anni presi in considerazione — ha osservato Cicchetti — vi è stata una tendenza alla riduzione del disavanzo pro capite con una certa variabilità, addirittura alcune regioni hanno raggiunto il credito del bilancio e questo è uno degli aspetti benefici dell'autonomia delle regioni. D'altro canto non dobbiamo nascondere che questi dati possono essere stati influenzati da operazioni di natura contabile come le operazioni di finanza straordinaria. Dal punto di vista organizzativo ci si è concentrati su fattori aziendali, in particolare quello delle nuove tecnologie per le quali non esiste nessun gradiente territoriale».

Damiani ha sottolineato l'importanza di potenziare l'offerta di servizi a livello territoriale sia in sedi ambulatoriali sia in sedi domiciliari alternative alla classica struttura ospedaliera. «Bisogna — ha detto — garantire una continuità di utilitaria assistenza attraverso la integrazione

tra professionisti sanitari e del sociale nonché tra strutture con confini organizzativi diversi nell'ambito della stessa azienda o addirittura di altre. Ma per realizzare questo coordinamento è necessario sviluppare sistemi informativi e di integrazione sulle attività svolte a livello territoriale. In attesa di ciò l'Osservatorio ha valutato le diverse attività di assistenza territoriale avvalendosi dei ricoveri cosiddetti evitabili, parlo specificamente delle complicanze a lungo termine del diabete e dell'asma negli adulti».

Infine Siliquini ha parlato di tossicodipendenza e di salute mentale. «L'aumento continuo del consumo di cocaina nel tossicodipendente "anziano" ma soprattutto tra i giovanissimi, dai 16 ai 19 anni, è un dato estremamente allarmante». «Il problema della Salute mentale — ha detto ancora — ha costi sociali elevatissimi, non solo costi finanziari ma anche costi sociali che si riversano quasi tutti direttamente sulle famiglie. Purtroppo non abbiamo sistemi informativi in grado di quantificare realmente le dimensioni del problema in Italia».

PIER VINCENZO ROSIELLO



SALUTE ■ Alle Camere la relazione 2003-2004 del ministero **Coordinamento centrale per il sistema sanitario**

ROMA ■ Gli uomini guadagnano sei mesi di vita sulle donne. Rimini e Macerata sono le province dove gli uomini possono sperare di vivere più a lungo (78,2 anni), Ancona (83,9 anni) quella dove le donne sperano di più. Aosta e Lodi (74,1) e Napoli (80,1), le province dove invece maschi e femmine hanno una minore aspettativa di vita.

E ancora: Lombardia al top per la riabilitazione, il Veneto per il miglior uso degli ospedali. L'Umbria che eccelle nella formazione del personale, la Toscana per la minore mortalità infantile. Le Marche col più alto tasso di donatori d'organo, il Molise per la prevenzione contro il fumo. E poi c'è la Campania che "vince" sui cesarei: il 57,9% sul totale dei parti contro il 19,5% di Bolzano. Le nuove ambulanze di pronto soccorso avan-

questi anni di Legislatura, la densa relazione di 298 pagine del ministero, e comunque pronta a sottolineare quanto resta da fare per superare i gap del nostro Servizio sanitario. Più attento alle singole realtà regionali, anche con dati più freschi, il Rapporto della Cattolica. Che osserva: la salute degli italiani è «buona» e la qualità dei servizi è in linea con l'Europa. Ma che, insieme, avverte: è una Sanità col vestito d'Arlecchino, e anche per questo ha bisogno di un «coordinamento» centrale. Tra le righe, sembra di capire: attenti alla devolution che potrà essere, ma anche ai risultati incassati fin qui dal pre-federalismo targato Ulivo.

Gli uomini «guadagnano» sulle donne. Cresce l'aspettativa di vita per entrambi i sessi: 76,5 anni per gli uomini e 82,5 anni per le donne, ricorda la Cattolica.

Che analizzando i dati dell'Istat, arriva a compilare una classifica per Provincia. Ed ecco che appaiono universi diametralmente opposti: Rimini e Macerata hanno il primato della speranza di vita per gli uomini con 78,2 anni, Aosta e Lodi quella più bassa (74,1); mentre per le donne l'aspettativa è maggiore (83,9 anni) a Macerata e peggiore a Napoli (80,1). Questione di stili di vita, ambiente, condizioni economiche e sociali, certo. E perché no, anche di differenti "attenzioni" dei singoli sistemi sanitari. Certo è che gli stili di vita — sport, minore stress, riduzione del fumo, attenzione agli screening anti tumore che per le donne sta diventando una delle cause più gravi di morte — hanno influenzato un altro dato: dal 1998 al 200-2001 gli uomini hanno ridotto la speranza di vita rispetto alle donne di sei mesi: da 6,5 anni del 1991-1993 ai 6 anni dell'ultima rilevazione statistica.

«Allarme tumori». Le malattie del sistema cardiocircolatorio, avverte il ministero, sono il 42,25% delle cause di morte, in calo dello 0,67 per cento. I tumori sono la seconda causa: il 29,51%, ma in aumento dello 0,94 per cento. Di più, aggiunge la Cattolica: sono la prima causa di morte in età adulta e la seconda tra gli anziani. Nel 2005 si stimano 250mila nuovi casi. A dispetto della riduzione del rischio di morte che s'è registrato nell'ultimo decennio, aggiunge il rapporto, negli ultimi 30 anni i decessi per tumore sono aumentati costantemente.

ROBERTO TURNO

roberto.turno@ilsole24ore.com

www.ilsole24ore.com/home

La relazione sullo stato sanitario del Paese

zato con medico a bordo che in Toscana non mancano di sicuro (4,29 per 100mila abitanti), mentre in Sicilia (0,20) sono un miraggio. Eccola la Sanità pubblica all'italiana. Un cocktail di possibilità di cure e di sistemi che si accavallano. E che raramente coincidono. Col solito lato oscuro: il Sud che continua a perdere terreno.

Arriva in curiosa coincidenza da due Rapporti il check sulle condizioni di salute degli italiani e del Servizio sanitario. La prima fotografia — che «Il Sole-24 Ore» è in grado di presentare in anteprima — è la «Relazione sullo Stato sanitario del Paese» nel 2003-2004 appena presentata dal ministero della Salute alle Camere. La seconda istantanea è «Osservatorio salute 2005» dell'Università Cattolica, che è stata presentata ieri a Roma. Attenta a rimarcare le iniziative di



Anno IX - n. 7
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

21-27 febbraio 2006
www.24oresanita.com

Sanità

Il ministero presenta al Parlamento la «Relazione sullo stato sanitario del Paese» nel 2003-2004

Italiani in salute ma non troppo

La Cattolica: coordinare le Regioni - Censis: il federalismo non ha migliorato i servizi

Approda in Parlamento la Relazione sullo stato sanitario del paese 2003-2004, elaborata dal ministero della Salute. E da cui emerge che la salute italiana è tutto sommato buona, anche se cresce il numero delle persone colpite dalle patologie più pericolose, a cominciare da quelle cardiovascolari fino a quelle oncologiche e respiratorie. E l'invecchiamento va avanti senza pietà, rendendo il nostro Paese «il più vecchio d'Europa e del mondo».

Dall'Università Cattolica arriva intanto il Rapporto Osservasalute 2005. Secondo gli esperti le Regioni hanno bisogno di un coordinamento cen-



trale (che sia Stato o un gruppo interregionale) per poter gestire al meglio e soprattutto con uniformità di risultati servizi e salute dei cittadini, anche se non mancano localmente i risultati d'eccellenza.

Infine il Censis. Per gli italiani - è il risultato di un'indagine - sono le Regioni a dover gestire la programmazione sanitaria, ma se si chiede di giudicare le loro performance negli ultimi due anni «federalisti» la risposta è chiara: la qualità dell'assistenza non è migliorata. Anzi, per il 25% degli italiani è andata anche peggio.

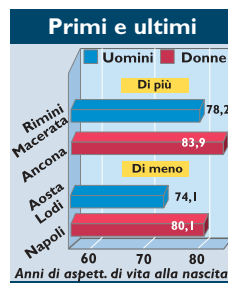
A PAG. 2-10

CLASSIFICHE

Sull'Adriatico si vive di più

Aspettativa di vita record a Macerata, Rimini e Ancona

La speranza di vita alla nascita sembra prediligere l'alta costa adriatica: Rimini e poi, scendendo, Ancona e Macerata sono in assoluto le città con il valore più alto nel 2001, ultimo anno utile per cui è possibile stilare la classifica provinciale. Mentre secondo Osservasalute 2005 le «speranze» minori sono distribuite equamente tra Nord e Sud.



A PAG. 4-5

SEMPLIFICAZIONI

Scure sui certificati inutili

Stop all'obbligatorietà nei concorsi, a scuola e nella Pa

Colpo di spugna sui certificati sanitari inutili: a cominciare da quello di «sana e robusta costituzione», il più gettonato in concorsi, bandi di ammissione e scuole, fino a quello di «conformità del fero» che ogni azienda sanitaria

dovrebbe rilasciare. A chiedere di mettere ordine nella giungla dei certificati è il ministero della Salute in un documento approvato dai presidenti delle Regioni.

A PAG. 14

EUROPA&ANTITRUST

Le farmacie sotto scacco

Attacco all'incompatibilità

Affondo Antitrust-Regioni contro l'incompatibilità tra ingrosso e vendita al dettaglio dei medicinali: la Salute frena. E la Comunitaria 2006 cambia le regole per gli eredi.

PAG. 12

Pillole taroccate

Allarme farmaci contraffatti: l'Oms chiede una task force anti-falso.

A PAG. 29

Tumori, a casa paga la famiglia

Quasi la metà delle famiglie dei pazienti in assistenza domiciliare oncologica è costretta a «integrare» le prestazioni fornite. Arrivando a sborsare fino a 3mila euro al mese. La fotografia del Tribunale dei diritti del malato.

A PAG. 20-21

In Francia decide il cittadino

Parigi ha deciso: i pazienti entrano a far parte a pieno titolo degli organismi di programmazione delle cure, nazionali e regionali. E non solo: negli ospedali avranno anche voce in capitolo nelle commissioni consultive che studiano i casi di errori medici.

La scelta è stata ratificata con un decreto ministeriale in cui si indicano anche i requisiti necessari per l'«accreditamento» delle associazioni: rappresentatività, ma non dell'«ultim'ora», bensì negli ultimi tre anni precedenti la richiesta di partecipazione ai tavoli decisio-

nali. E, soprattutto, trasparenza su finanziatori e bilanci. Il perché è semplice: se i cittadini sono realmente al centro del sistema devono non solo dire la loro, ma partecipare attivamente all'attività di chi il sistema lo gestisce.

Un esempio utile anche da noi, dove la centralità del paziente è sulla bocca di tutti, ma la sua partecipazione alla programmazione, sempre secondo criteri di trasparenza e vera rappresentatività, non è mai stata resa ufficiale.

A PAG. 22

Brevetti biotech: arriva la legge che vieta le staminali embrionali

Il Senato ha varato definitivamente la legge che recepisce le norme Ue sui brevetti biotech. Tra i vincoli introdotti dalla legge italiana anche il no all'uso delle cellule staminali embrionali. (Servizio a pag. 15)

Contratti, un'altra settimana decisiva all'Aran

A sorpresa l'Aran rinvia la trattativa a questa settimana per lasciare spazio al congresso della Fp Cgil. Mercoledì 22 inizia lo show down. (Servizi a pag. 33)

Inpdap: riscatto possibile per tutti gli iscritti

Il riscatto dei periodi di studio è attuabile da tutti gli iscritti all'Inpdap, anche per chi in passato risultava iscritto agli ex istituti di previdenza del Tesoro. (Servizio a pag. 34)

Infezioni in corsia: la strategia di Parigi e Londra

Parigi vara un piano per ridurre le 4mila morti evitabili. Introdotti 5 indicatori per valutare le strutture. Nelle corsie inglesi squadre anti-Mrsa. (Servizi a pag. 22)

Evidence based medicine: ecco la rotta Gimbe

Al decennale del Gruppo italiano per l'Ebm focus su governo clinico, educazione continua in medicina e contratti di sponsorizzazione. (Servizi a pag. 36-37)

GUIDA ALLA LETTURA

■ Primo Piano	a pag. 2-10
■ Dal Governo	12-14
■ In Parlamento	15
■ Speciale	16-19
■ Focus	20-21
■ In Europa	22
■ Aziende/Territorio	23-29
■ Mercati&News	29
■ Lavoro/Professione	31-39
■ Fisco/Previdenza	34-35
■ Servizi	38
■ La Giurisprudenza	39

A PAG. 16-19

Influenza aviaria

Le istruzioni a operatori e assistiti per isolare il virus ed evitare il contagio

A PAG. 35

Consulenze&lva

È necessaria la fattura per le perizie legali ai Tribunali eseguite in intramoenia

A PAG. 39

Consiglio di Stato

Farmaci Ssn: legittime le restrizioni al potere prescrittivo dei medici ospedalieri



Donne e gravidanza

Parti ancora troppo medicalizzati, crollano le lvg

In Italia il quadro della salute e dell'assistenza nel settore materno-infantile presenta a tutt'oggi delle forti criticità essenzialmente sintetizzabili da un lato in un eccesso di medicalizzazione della gravidanza e del parto e dall'altro nell'esistenza di profonde differenze territoriali nei comportamenti adottati e nell'assistenza ricevuta. Differenze, queste, dovute non solo alle caratteristiche dell'offerta assistenziale nel luogo dove la donna risiede (disponibilità e accessibilità alle strutture, qualità dell'assistenza anche in termini di capacità di accogliere le esigenze delle donne), ma anche a variabili sociodemografiche che definiscono l'individuo e il suo contesto di vita.

Sul fronte della gravidanza risulta che poco più del 60% dei parti avviene in modo spontaneo, mentre oltre il 35% con taglio cesareo, d'elezione e d'urgenza. Tenendo conto che l'Oms raccomanda l'utilizzo del taglio cesareo nel 10-15% dei parti, emerge pale-

semente il già noto fenomeno dell'eccessivo ricorso a questa metodica in Italia. Nel quinquennio 1998-2002 i valori nazionali risultano progressivamente crescenti (31,4%, 32,9%, 33,2%, 33,9%, 35,6%) e tale aumento è principalmente dovuto ad alcune Regioni ad altissima frequenza di taglio cesareo tra cui la Campania (56,4% nel 2002), la Sicilia (45,2%), la Basilicata (51%).

Per quanto riguarda il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, nel 2002, la percentuale dei parti in donne sottoposte a tecniche di Pma è stato pari all'1,3% del totale dei parti rilevati nello stesso anno, con un'ampia variabilità regionale (da 0,4% della Basilicata a 5% della Puglia). Infine le interruzioni volontarie di gravidanza nel 2003 sono state 132.795, con un decremento dell'1% rispetto al 2002 (134.106 casi) e del 43,4% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'lgv (234.801 casi).

Malformazioni congenite

L'8% di bambini presenta «difetti» alla nascita

La prevalenza totale alla nascita dei nati con difetti congeniti (Dc) è intorno all'8 per cento. La prevalenza dei soli difetti strutturali è valutata intorno al 5-6% dei nati, ma solo una parte dei difetti congeniti è messa in evidenza alla nascita o nei primi giorni di vita.

Poiché il 20-30% dei nati malformati presenta due o più difetti, la prevalenza dei difetti congeniti è maggiore della prevalenza dei soggetti malformati. Per ogni 5-6 casi di Dc diagnosticati alla nascita si registra un caso di lvg a seguito di diagnosi prenatale. Inoltre, su 5 casi diagnosticati alla nascita c'è un caso che viene diagnosticato più tardi, nel primo anno di vita (più frequentemente implicite le cardiopatie congenite).

Le malformazioni più frequentemente implicate sono la sindrome di Down, i difetti del tubo neurale e dell'apparato urogenitale, le malformazioni cardiovascolari.

Per la Sindrome di Down, il tasso medio dei registri è pari al 15/10mila più elevato nel Nord-Est (16,6/10mila) e più basso in Campania (13,5/10mila). La componente delle lvg è del 41%, simile al 43% europeo, ma con variazioni di rilievo tra Regioni (51% in Toscana, 43% in Campania).

I Dc del Sistema nervoso centrale hanno una frequenza di 14 su 10mila con valori più elevati in Campania (16,3) e in Sicilia (10,5 sui soli nati). Più della metà di questi difetti sono diagno-

sticati durante la gravidanza che viene interrotta.

Le malformazioni cardiovascolari sono nel complesso il gruppo più frequente; il dato medio è di 58,1/10mila con valori più elevati in Toscana (83,7) e più ridotti in Sicilia (47,4). La diagnosi prenatale incide ancora poco (10%), ma è in sensibile crescita.

I Dc dell'apparato urogenitale sono un gruppo di anomalie rilevate e registrate in modo eterogeneo tra i Registri (30/10mila in Emilia Romagna, 5,6/10mila nel Nord-Est. La componente diagnosticata nel periodo prenatale è in sensibile aumento e le lvg ammontano complessivamente a quasi il 20% dei casi totali registrati.

Infanzia e adolescenza

Cala la mortalità, crescono gli abusi

Quattro gli indicatori considerati: mortalità infantile, basso peso alla nascita, tasso di ospedalizzazione in età pediatrica, adolescenza.

Mortalità. Il trend nel periodo 1990-2001 mostra un calo significativo al livello nazionale (dall'8,2 al 4,4 per 1.000 nati vivi con una riduzione relativa del 46%) che riguarda tutte le Regioni. La mortalità neonatale rappresenta nel 2001 il 75% della mortalità infantile e nel triennio 1999-2001 le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite rappresentano, rispettivamente, il 59% e il 31% di tutte le cause di mortalità infantile, le malattie infettive sono lo 0,6% e il 9% è rappresentato da altre cause. Rispetto al 1990-1992, si registra una diminuzione percentuale delle cause perinatali (64%) e un aumento di quello relativo alle malformazioni congenite (31%).

Basso peso. Nel 2002 i bambini nati con peso inferiore ai 1.500 grammi sono circa l'1% dei nati, il 5,6% ha un peso tra i 1.500 e 2.499 grammi, l'86,1% ha un peso tra i 2.500 e 3.999 e oltre il 7% supera i 4.000 grammi. Considerando le gravidanze a termine, solo il 2% dei nati ha un peso inferiore ai 2.500 grammi (limite che definisce il neonato sottopeso).

Ricoveri. Il tasso di ospedalizzazione dei minori di 18 anni è, nel 2001, di 104 per mille, per i ricoveri in degenza ordinaria, e 39 per mille in day hospital. Rispetto agli anni precedenti si è avuta una diminuzione di circa il 2,5% nel numero complessivo dei ricoveri in degenza ordinaria e anche il tasso di ospedalizzazione è sceso

dal 116 per mille nel 1998 a 103,6 nel 2001. Le differenze variano a seconda delle fasce d'età: nel primo anno di vita il tasso è pari a 547 per 1.000, tra il primo e il quinto è 111, dal quinto al 18esimo anno 70 per 1.000. Rispetto al 1998 il trend è in diminuzione per tutte le classi di età tranne che la prima, su cui probabilmente incidono le diverse modalità regionali di codifica del neonato patologico.

Adolescenti. In generale si evidenzia "una crescente tolleranza" dei ragazzi verso alcol, droghe e comportamenti sessuali a rischio. Secondo l'Oms, sono 11,8 mln nel mondo i soggetti tra i 15 e i 24 anni affetti da Hiv/Aids e il 50% delle nuove infezioni - circa 6mila al giorno - si registra in questa fascia d'età. Il suicidio è tra le prime cause di morte nei giovani tra i 15 e i 19 anni ed è un fenomeno in crescita tra i 12 e i 14 anni, probabilmente sotto-stimato. Per l'alcol, i dati dello studio Espad, condotto in Italia dal Cnr su un campione di 20mila studenti di età 15-19 anni, evidenziano una percentuale di consumatori pari all'86% nel 1999 e all'89% nel 2002.

Lo stesso progetto rileva, per il 1999-2001, un aumento dell'approvazione dell'uso di sostanze e una diminuzione della percezione del rischio da parte di giovani. La percentuale di giovani che disapprova fumare regolarmente "uno spinello" cala dall'84% (nel 1999) al 79% (nel 2001); l'approvazione passa dal 12% nel 1999 al 17% nel 2001. Anche per l'uso di altre droghe si evidenzia una tendenza all'aumento di chi approva il comportamento.

Alcol e droghe, consumi in salita

Anziani

Ancora troppi ricoveri ospedalieri

Secondo gli ultimi studi (Argento e Ilssa) sugli over 65, il 3% delle donne e il 2% degli uomini tra 65 e 69 anni hanno bisogno di assistenza quotidiana: percentuali che salgono al 25% nelle donne sopra gli 80 anni e al 18% negli uomini. A 65 anni una donna ha un'attesa di vita di 20 anni, metà dei quali li passerà in buona salute: simile il dato per gli uomini.

La prevalenza di patologie croniche nell'anziano aumenta nel tempo di circa il 50% negli ultimi 10 anni. L'ipertensione e l'osteoporosi sono le patologie maggiormente rappresentate (ne soffre circa il 60% degli anziani), ma frequenze rilevanti sono anche associate a infarto del miocardio, cardiopatia ischemica, ictus, diabete, demenza e neuropatie degli arti inferiori, una delle principali cause di cadute e di disabilità nell'anziano.

L'isolamento o la scarsa integrazione sociale caratterizzano fortemente la condizione dell'anziano, impattando negativamente sulla qualità della vita e sulla domanda assistenziale e il costo dell'assistenza agli anziani cresce nel tempo e in funzione dell'età.

Gli anziani sono grandi consumatori di farmaci (ma si vaccinano poco) (circa il 40% della spesa farmaceutica e a carico degli over 64), con una notevole variabilità geografica.

Diffusi anche fattori di rischio non solo sanitari (fumo, alcol, sovrappeso e obesità, scarso consumo di frutta e verdura), ma anche socio-economici (a esempio bassi livelli di istruzione e reddito), entrambi associati a tassi più elevati di patologie croniche invalidanti, di disabilità e di mortalità generale.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, nel 2003, il tasso per acuti nelle due

classi 65-74 e 75 anni è rispettivamente di 270 e 415 ricoveri ogni 1.000 abitanti mentre nella popolazione generale si registrano circa 156 ricoveri per acuti ogni 1.000 residenti. Per la riabilitazione si osservano 13 e 20 ricoveri per le due fasce anziane vs un valore nazionale pari a 4,4.

La popolazione anziana determina quasi il 40% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 50% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati. Le condizioni morbose sono prevalentemente di natura cronico-degenerativa; tra queste, frequenti come causa di ricovero sono cataratta, arteriosclerosi coronarica, insufficienza cardiaca.

Secondo i dati del Sis, nel 2003 gli anziani in assistenza domiciliare integrata sono complessivamente 260.595, pari a 25 trattati ogni 1.000 anziani, in aumento rispetto al dato riferito al 2000 (191.489 pari circa al 18 per mille) e al 2001 (204.697, pari circa al 19 per mille). Lo scarto tra Regioni è molto evidente, da valori minimi di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta e Isole, a valori massimi in Friuli Venezia Giulia e in Molise.

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale, nel 2003 sono stati rilevati 133.035 posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani (127.001 residenziali e 6.034 semiresidenziali) dei quali hanno usufruito 177.922 e 8.625 utenti rispettivamente, pari al 17,11 e allo 0,83 per 1.000 residenti della stessa età. Rispetto agli anni precedenti si osserva un aumento (172.647 e 7.902 nel 2002, 150.439 e 5.221 nel 2001) e si conferma la forte variabilità regionale che probabilmente riflette la disomogenea distribuzione sul territorio di questa tipologia di strutture.

Immigrati

In corsia è boom di pazienti extra-comunitari

Secondo l'ultimo dossier immigrazione Caritas-Migrantes, i regolari sono attualmente 2 milioni 600mila (4,5% della popolazione, uno ogni 22 residenti), il 59% dei quali ha un'età compresa tra i 19 e i 40 anni. Il ministero dell'Interno ne conta circa 2 milioni e 200mila ma, secondo la Caritas, la differenza è dovuta a una sottostima dei minori. L'aumento dell'ultimo triennio va comunque letto alla luce del boom dei permessi di soggiorno rilasciati a seguito delle regolarizzazioni del 2003.

Nel 2000 i ricoveri di pazienti non italiani sono 283.987, oltre il 19% in più rispetto al 1998 (238.327); si tratta di circa 22 ricoveri ogni mille ricoveri totali (nel 1998 erano 19). L'85% (242.303) riguarda cittadini non provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato (Psa). Un incremento maggiore (25% circa) si osserva nel numero di ricoveri di stranieri non provenienti dall'Ue. A livello territoriale l'aumento si è registrato soprattutto nelle Regioni del Nord. La prevalenza è di sesso femminile (61% nel 2000) e delle classi centrali di età (circa il 50% tra 25-44 anni, valore più che doppio rispetto ai cittadini italiani). In entrambi gli anni, i Paesi di

provenienza più rappresentativi sono: Marocco, Albania, Romania, ex Jugoslavia, Tunisia. Anche i motivi di ricovero sono pressoché inalterati nei due anni: gravidanza e/o parto normali e nati vivi sani che rappresentano il 15% delle dimissioni totali (11% nel 1998). In lieve aumento le complicazioni della gravidanza e del parto (il 5,6% contro il 5,2% nel 1998), in diminuzione i traumi intracranici (1,9% contro il 2,4%) e il dolore addominale (1,9% contro il 2,2%). Più basso rispetto al dato nazionale il ricorso al day hospital (in termini sia di totale di casi trattati sia di numero medio di accessi per caso).

Confrontando stranieri e italiani, si nota poi un maggior ricorso tra i primi al taglio cesareo (in particolare tra i bambini africani e sudamericani), all'utilizzo di forcipe e ventosa e una più alta incidenza di nati pretermine (1 bambino nominato su 5 nasce prima della 37-esima settimana) e con basso peso (percentuali fino al 14% vs il 6,8% del gruppo di controllo italiano). Tra le patologie neonatali, una maggiore frequenza di asfissia e di stress respiratorio (fino a 3% contro lo 0,5% nei bambini italiani).

Tossicodipendenti

Cannabis e cocaina le droghe di maggior consumo

Dai dati del ministero della Salute il numero delle persone con problemi di sostanze d'abuso prese in carico dal Sert è in costante aumento dal 1998. Nel 2003 si registra, rispetto al 2002, un aumento di utenza del 2,8%, con un numero medio di pazienti per Servizio pari a 311. Riguardo ai trattamenti, si evidenzia una tendenza alla diminuzione della terapia solo farmacologica (da 64,5% nel 1999 a 60% nel 2003) e all'aumento del trattamento psicosociale e/o riabilitativo (da 35,5% nel 1999 a 40,0% nel 2003).

La cannabis è risultata la sostanza più consumata, almeno una volta nella vita, in tutte le fasce di età (22,4%). Segue la cocaina (4,6%). Ecstasy, allucinogeni e solventi si confermano so-

stanze tipicamente giovanili in quanto le persone di età inferiore a 35 anni sono coloro che ne dichiarano più frequentemente l'assunzione almeno una volta nella vita con tassi di prevalenza nel campione esaminato che arrivano al 4 per cento.

Tra i giovanissimi (15-34 anni) si rileva una diffusione dell'uso di cocaina almeno una volta nella vita pari al 3% per i maschi e all'1,7% per le femmine.

Secondo il Cnr, il numero di persone che nel 2003 ha fatto uso di eroina è compreso tra 275.698 e 298.892 mentre la stima di incidenza, cioè il numero di nuovi assuntori di eroina di età compresa tra 15 e 54 anni, è pari nel 2003 a 23.704 persone.

La percentuale di pazienti sieroposi-

tivi per l'Hiv tra i tossicodipendenti si è attestata, come nel biennio 2001-2002, sul valore del 15% (calcolato sul totale dei pazienti testati), ma con una notevole variabilità regionale. La quota dei positivi è più bassa nei nuovi ingressi, specie nel sesso maschile (4,5%) e più elevata negli utenti già in carico negli anni precedenti, in particolare nel sesso femminile (25,6%).

Per quanto riguarda le altre patologie infettive, nel periodo 1991-2003, la proporzione di pazienti tossicodipendenti sieropositivi per epatite B sul totale dei pazienti testati risulta ancora elevata: dal valore del 50,9% del 1991, dopo una fase di diminuzione negli ultimi anni, si è sostanzialmente stabilizzata intorno al 44 per cento.

Il ministero presenta la «Relazione sullo stato sanitario del Paese» nel 2003-2004

I mille volti della salute d'Italia

Patologie killer: si sopravvive di più, ma crescono le persone colpite



Un Paese senz'altro in salute. Dove non mancano le buone notizie. Tra tutte la crescita costante dell'aspettativa di vita (arrivata a 82,9 anni per le donne e 76,8 anni per gli uomini) e la riduzione della mortalità a tutte le età per gran parte delle grandi malattie killer, grazie soprattutto a diagnosi sempre più tempestive e cure efficaci. Ma nella nuova «Relazione sullo stato sanitario del Paese» nel 2003 e 2004 - appena inviata dal ministero della Salute al Parlamento - non mancano anche sorprese amare: cresce il numero delle persone colpite dalle patologie più pericolose, a cominciare da quelle cardiovascolari fino a quelle oncologiche e respiratorie. Mentre continua l'invecchiamento progressivo della popolazione, fenomeno arcinoto in Italia, che accompagna alla riduzione della natalità, rende oggi il nostro Paese «il più vecchio d'Europa e del mondo».

Insomma, se da una parte c'è da essere più che felici per le prospettive di sopravvivenza degli italiani «mai state così favorevoli come negli anni recenti», c'è invece da preoccuparsi per le nostre condizioni di salute generale: l'invecchiamento e l'affermarsi progressivo di malattie croniche e degenerative rendono, infatti, sempre più attuale una valutazione anche qualitativa della sopravvivenza». Nel nostro Paese, infatti, si sta assistendo a un vero e proprio cambio di pelle, una «transizione epidemiologica», avverte la Relazione: scompaiono o comunque si riducono le malattie infettive, grazie

I numeri più importanti	
Copertura vaccinale	Nel 1999 era dell'82% e nel 2003 del 96%
Aids	30,6 casi per milione di abitanti
Infezioni ospedaliere	Italia (30 ospedali): 7,5 ogni 100 pazienti
Malattie cardiovascolari	Responsabili del 42,6% dei decessi
Tumori	Sopravvivenza a 5 anni: 41% uomini, 56% donne
Diabete	Prevalenza del 3% di cui 90% Tipo 1 e 10% Tipo 2
Disturbi psichici	Ogni anno colpiscono circa il 20% della popolazione
Demenze	Prevalenza tra 6,2 e 9,1 casi per 100 abitanti
Malattie professionali	Nel periodo 1999-2003: -3,1%
Incidenti stradali	Indice di mortalità: 3,9 nel 1994; 2,7 nel 2003
Incidenti domestici	Ogni mille persone: 14,7 nel 1998; 12,4 nel 2002

anche alla diffusione di massa dei vaccini, e si registra un boom di patologie croniche. Con effetti tutti da ponderare bene per i conti del Ssn. Dai più recenti dati epidemio-

logici risulta che le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare la prima causa di morte nel nostro Paese. Tuttora molto forte è il suo impatto «anche in termini di

morbosità, costi sociali e assistenziali». Senza considerare il fatto che almeno il 50% dei casi si potrebbe prevenire, con dosi massicce di prevenzione e promozione di stili di vita più salubri. La spia rossa d'allarme continua a restare accesa anche per i tumori: ogni anno in Italia si contano 270mila nuovi casi. E, infatti, il cancro rappresenta la seconda causa di morte nel nostro Paese e la sua incidenza è in costante aumento, con notevoli differenze tra Nord e Sud. Nonostante la mortalità sia in calo, la diagnosi di tumore rappresenta oggi in Italia oltre il 30% del totale dei decessi ed è costantemente la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione.

«Tuttora rilevante nel panorama sanitario italiano - avverte ancora la Relazione - è l'impatto delle infezioni correlate con l'assistenza sanitaria che, insieme agli eventi avversi da farmaci e alle complicanze postoperatorie, rappresentano uno dei più comuni eventi avversi associati all'assistenza».

Tra il 2002 e il 2003 si è inoltre registrata una sensibile flessione del numero di incidenti stradali che comunque continuano a rappresentare la prima causa di morte sotto i 40 anni, provocando una perdita economica, valutata pari al 2% del Pil.

Il testo su «Documenti sotto la lente»

www.24oresanita.com

Innovazioni da InterSystems



Integrate la vostra azienda, con Ensemble è più facile.

Ensemble è una piattaforma di integrazione universale, ovvero la prima fusione tra integration server, data server, application server e software per lo sviluppo di portali all'interno di un unico prodotto. Ensemble riunisce l'insieme di tecnologie necessarie per creare velocemente applicazioni composite utilizzando un unico ambiente di sviluppo e di gestione che riduca la curva di apprendimento dello staff IT.

Innovazioni di questo genere fanno sì che i vostri progetti di integrazione possano essere sempre completati nei tempi e nei costi stabiliti. Ne siamo talmente sicuri da potervelo garantire con la nostra formula soddisfatti o rimborsati: per un intero anno dalla data di acquisto, nel caso in cui per una qualsiasi ragione non siate soddisfatti del prodotto, potrete ottenere il rimborso totale del costo della licenza.*

Con in più la sicurezza di InterSystems, un produttore software mondiale con una tradizione di innovazione che dura da oltre 25 anni.

InterSystems
ENSEMBLE

Richiedete un progetto di dimostrazione GRATUITO collegandovi all'indirizzo www.InterSystemsitalia.it/Ensemble4

* Sott' la condizione della nostra garanzia soddisfatti o rimborsati sono esentati dalla garanzia l'uso non indicato.

© 2006 InterSystems Corporation. Tutti i diritti riservati. InterSystems Ensemble è un marchio registrato di InterSystems Corporation. SSI/02207

UNIVERSITÀ CATTOLICA/ Il «Rapporto Osservasalute 2005» mette in evidenza un

Il regionalismo affonda senza

Il coordinamento migliora performance e spesa - Screening al ralenti

È necessario un coordinamento delle attività programmatiche delle Regioni italiane. Soprattutto in tempi di federalismo, che assegna loro il ruolo di fulcro decisionale delle attività per la salute dei cittadini. Parla chiaro Osservasalute 2005 che giudica il coordinamento centrale indispensabile per evitare le situazioni di larga eterogeneità che oggi caratterizzano il panorama locale italiano e che si riflettono anche sull'andamento della spesa e del disavanzo pro capite.

Un esempio che Osservasalute fa è quello dei ticket farmaceutici: Trento senza applicarlo riesce a controllare la spesa lorda farmaceutica pro capite (174,24 euro), mentre il Lazio, applicando il ticket, registra una spesa lorda pro capite a quota 305,07 euro.

Nei casi in cui è intervenuto un centro nazionale di coordinamento per far fronte a carenze come quella dei trapianti, la situazione è rapidamente migliorata: dai 329 donatori nel 1992 si è passati a 1.120 nel 2004 e i in poco più di dieci anni i trapianti sono quasi triplicati, passando da 1.083 effettuati nel 1992 ai 3.217 nel 2004.

Toccherà alle Regioni, secondo Osservasalute decidere le modalità

di questa 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.

Il gradiente Nord-Sud perde anche 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 secondo Osservasalute raggiungendo il 100% delle donne nella fascia di

La qualità dei servizi è buona, ma ancora troppo a

La salute degli italiani è buona. E buona è la qualità dei servizi erogati. Ma le variazioni tra Regione e Regione sono ancora troppo forti. Queste le conclusioni del Rapporto Osservasalute 2005, analisi di dati sulla salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni, 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 sanitarie, Istituto superiore di Sanità, Consiglio nazionale delle ricerche, Istituto nazionale tumori, ministero del Lavoro e della Salute, Istat. A questa terza edizione dell'Osservasalute hanno collaborato anche Cittadinanza Attiva e Caritas.

«Quello che emerge dal Rapporto 2005 non è solo il consueto gradiente Nord-Sud - spiega 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 Ssn siano buone, in alcune Regioni e in alcuni settori addirittura eccellenti. Ma se è necessario che questo livello di qualità

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 dal Lea, ma oggi invece solo la metà è inserita

Indicatori di salute

Regione	Casi di tumore (2005)	Screening mammog. (% 2003)	Mortalità infantile: tasso per 1.000 abitanti (2002)	Regione	Casi di tumore (2005)	Screening mammog. (% 2003)	Mortalità infantile: tasso per 1.000 abitanti (2002)
Piemonte	12.100	100,0	3,4	Marche	3.900	n.d.	4,0
Valle d'Aosta	350	100,0	6,3	Lazio	12.700	76,0	4,0
Lombardia	23.600	67,3	3,2	Abruzzo	2.550	54,7	4,1
Bolzano	2.200	100,0	4,0	Molise	700	100,0	2,3
Trento		100,0	3,7	Campania	11.950	n.d.	4,6
Veneto	10.700	88,0	3,3	Puglia	7.500	n.d.	5,6
Friuli V.G.	3.200	n.d.	2,1	Basilicata	1.300	100,0	6,9
Liguria	4.750	27,7	3,5	Calabria	3.500	n.d.	4,9
E. Romagna	10.600	100,0	3,5	Sicilia	8.750	10,0	6,6
Toscana	9.650	100,0	2,0	Sardegna	3.350	n.d.	3,6
Umbria	2.300	88,5	2,1	Italia	135.650	56,0	4,1

Patologie e organizzazione i nodi da sciogliere

Programmazione in crisi da carenza di dati

Gunto alla sua terza edizione, il Rapporto Osservasalute costituisce l'occasione annuale per fare il punto sulla Sanità italiana su base regionale.

L'esperienza pionieristica di un rapporto di salute costruito su dati regionali e, dove possibile, anche provinciali e/o di Asl, ha suscitato un interesse crescente sia in Italia sia in altri Paesi europei ed extra europei che guardano con interesse a questa esperienza italiana di health reporting.

Aspetto questo ancora più rimarchevole se si pensa che il Rapporto Osservasalute nasce come attività spontanea di un gruppo di ricercatori che, in contemporaneità con il Senato degli Stati Uniti, si sono posti il problema di rendere disponibile agli operatori sanitari e al pubblico dei rispettivi Paesi un'analisi comparativa dello stato di salute e della qualità dei servizi forniti. Le difficoltà originate in Italia da questo approccio spontaneistico sono state colmate dalla collaborazione entusiastica dei

ricercatori delle istituzioni centrali (in primo luogo Direzione generale della programmazione del ministero della Salute e Servizio Sanità e assistenza dell'Istat) e regionali che, in oltre 200, hanno dedicato ancora una volta entusiasmo, energia, passione, intelligenza e competenze a questo lavoro. Quest'ultima edizione del Rapporto conferma ancora una volta, nonostante le perplessità che possono essere suscitate da alcuni fatti di cronaca degli ultimi mesi, il livello medio-alto dei servizi sanitari regionali che, soprattutto in alcune regioni e in alcuni settori, raggiungono livelli di eccellenza molto elevati. È necessario che questa percezione della elevata qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, già presente negli operatori, cominci anche a radicarsi negli utenti e in tutti gli attori della società, facilitando una valutazione critica e ragionata degli aspetti e delle aree che necessitano interventi, alcuni anche urgenti, di miglioramento.

valutare l'impatto degli interventi di prevenzione, mostrano gravi carenze in numerosissime Regioni. Quindi una riflessione seria e ragionata si impone a livello centrale e regionale per garantire una completezza e una qualità di dati che possa assicurare la possibilità di confronti comparativi in una logica di miglioramento della qualità.

Terzo e ultimo punto critico individuato dal Rapporto è costituito dal coordinamento delle attività programmatiche delle Regioni. Le Regioni infatti rappresentano, e rappresenteranno sempre di più, il fulcro decisionale delle attività di salute. È importante dunque che le loro scelte siano ragionevolmente coordinate in maniera da evitare situazioni di larga eterogeneità come per esempio quella esistente sui ticket farmaceutici.

Spetterà alle stesse Regioni concordare le modalità di questa attività di coordinamento e costruire rapporti sinergici con le istituzioni centrali (ministero della Salute, Istat, Centro per il controllo delle malattie, Istituto superiore di Sanità ecc.) nella logica di salvaguardia dell'unitarietà e dell'equità del sistema. Il Rapporto Osservasalute, con gli oltre 200 ricercatori di istituzioni centrali e regionali che vi hanno contribuito, dimostra che una collaborazione sinergica nell'interesse di tutta la comunità è possibile.

Walter Ricciardi
Direttore dell'Istituto di Igiene - Università Cattolica di Roma
e Direttore dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane
Pietro Folino Gallo
Segretario scientifico dell'Osservatorio naz.le sulla Salute nelle Regioni italiane

È importante porsi nella logica che i miglioramenti sono possibili, anche nel breve periodo. L'esempio dei trapianti è emblematico: in pochi anni l'Italia è passata da una posizione di totale arretratezza a una posizione di eccellenza in Europa. Siamo diventati il Paese con uno dei più elevati tassi di donazione e di sopravvivenza del paziente e dell'organo trapiantato.

Il Rapporto Osservasalute ha evidenziato tre principali aree critiche: variazioni geografiche, carenza di dati e possibile mancanza di coordinamento tra le attività programmatiche regionali.

La prima area critica evidenziata dal Rapporto è costituita dalle ancora troppo larghe differenze geografiche. È inaccettabile che accanto a Regioni che hanno un tasso di mortalità infantile tra i più bassi del mondo esistano Regioni con valori quattro volte peggiori. O che, accanto a Regioni con percentuali di parti cesarei vicine alla soglia (20%) stabilita dal ministero, ci siano Regioni che invece superino questi livelli fino a tre volte e in cui quasi due parti su tre avvengono mediante taglio cesareo.

L'elenco delle differenze geografiche evidenziate dal Rapporto è lungo e comprende, per citarne poche altre: le differenze di sopravvivenza e mortalità per provincia, le differenze nell'incidenza dei tumori e le troppo grandi differenze nella distribuzione geografica dei programmi di screening organizzato per il tumore della mammella. Soltanto l'11% delle donne delle Regioni meridionali è inserito in un programma di screening contro l'80% delle donne delle Regioni settentrionali. E nell'ambito di queste differenze regionali la piccola Basilicata, con una copertura del 100%, fa me-

glio di molte altre Regioni, non solo meridionali. Le ampie variazioni geografiche non riguardano però soltanto differenze regionali: i dati di mortalità a seguito di intervento di bypass aortocoronarico ci mostrano infatti che nella stessa Regione, a poche decine di chilometri, coesistono la struttura ospedaliera con la mortalità più bassa e quella con la mortalità più elevata in Italia: differenze nell'ordine di quaranta volte (da un decesso ogni 13 interventi a un decesso ogni 500 interventi).

Altre differenze importanti riguardano la strutturazione della rete ospedaliera (quali i posti letto in terapia intensiva e la distribuzione dei dipartimenti di emergenza e accettazione).

Queste importanti differenze geografiche sottolineano la necessità di com-

prensione e governo degli eventi che le determinano. E infatti sono proprio questi gli altri due punti critici individuati dal Rapporto: carenza di dati statistici in alcuni settori e migliore coordinamento delle attività programmatiche delle Regioni. Dati statistici di elevata qualità esistono in Italia in numerosi settori (dall'assistenza ospedaliera all'assistenza farmaceutica, dai trapianti alla mortalità infantile, dalle interruzioni volontarie di gravidanza alla mortalità generale per causa). In altri settori esiste invece una carenza di dati che inibisce totalmente qualunque possibilità di seria analisi del sistema.

Esempi rilevanti di questa carenza di dati sono costituiti da alimentazione, assistenza territoriale e registri tumori. È largamente riconosciuto come l'alimentazione sia un importante determinante di salute, in particolare uno dei principali determinanti di alcune forme di cancro e malattie cardiovascolari. Nonostan-

te questa rilevanza (e le buone possibilità di intervento verso stili più salutarì) i dati disponibili sugli stili di vita alimentari della popolazione italiana sono, a causa della complessità del fenomeno, largamente insufficienti e richiederebbero maggiori risorse per meglio dettagliare i dati a livello territoriale.

Altro punto critico in termini di disponibilità di dati è rappresentato dall'assistenza territoriale che rappresenta il punto di snodo di un'assistenza qualificata a una popolazione sempre più anziana. Anche in questo caso la carenza di dati fa sì che non siamo in grado né di valutare né di monitorare la qualità dell'assistenza prestata, che corrisponde a circa la metà della spesa sanitaria pubblica totale. Anche i registri tumori, che costituiscono una fonte di informazioni rilevanti per

Puzzle per i tumori e sui ricoveri

Il territorio sconta l'invecchiamento

eccessivo *fai-da-te* locale che non giova a conti e salute

una regia centrale

Gli uomini guadagnano longevità sulle donne

macchia di leopardo

sia riconosciuto e reso noto a tutti, 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 la carenza di dati e informazioni è tale «da impedire una compiuta analisi del sistema».

È il caso degli stili di vita alimentari, e dell'assistenza territoriale che per la scarsità di dati disponibili difficilmente consente un monitoraggio di tipo né qualitativo né quantitativo.

in un programma di screening mammografico organizzato. Altro esempio la mortalità infantile: per il 2002 il dato nazionale si attesta a 4,1 ogni 1.000 nati vivi. Ma se si guarda alle singole Regioni i dati indicano variazioni da un minimo di 2,0 in Toscana - tra le più basse al mondo - a un massimo di 6,9 in Basilicata.

Negli ultimi trent'anni il nume-

ro di decessi per tumore è andato costantemente aumentando. Una crescita accompagnata, contraddittoriamente nell'ultimo decennio, a una riduzione del rischio di decesso. Questo soprattutto per l'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 so-

no 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 di tutte le Regioni, ma più accentuato al Nord rispetto al Sud.

E sul versante invecchiamento, Osservasalute mette in evidenza per la prima volta per Provincia (e per questo si fermano al 2001) l'aumento di aspettativa di vita per entrambi i sessi. Il rapporto fornisce dati distinti da cui 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. Le donne, però, perdono terreno sugli uomini: vivono in media 6 anni in più, 0,5 mesi in meno dei 6,5 anni dell'inizio degli anni '90. Per entrambi, il contributo maggiore alla riduzione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le Province con migliore o peggiore performance.

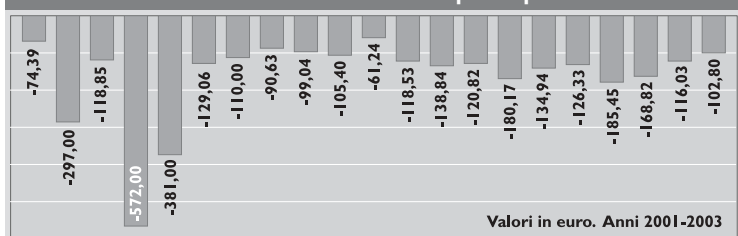
pagine a cura di
Maria Grazia Cucurachi
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

Disavanzo pro capite (euro) - Anni 2001-2003

Regioni	2001	2002	2003	Variazione assoluta 2001-2003
Piemonte	129,00	63,00	54,61	-74,39
Valle d'Aosta	297,00	913,00	0,00	-297,00
Lombardia	119,00	95,00	0,15	-118,85
Bolzano	572,00	1.099,00	0,00	-572,00
Trento	381,00	917,00	0,00	-381,00
Veneto	166,00	157,00	36,94	-129,06
Friuli V.G.	110,00	773,00	0,00	-110,00
Liguria	120,00	62,00	29,37	-90,63
Emilia-Romagna	110,00	95,00	10,96	-99,04
Toscana	118,00	80,00	12,60	-105,40
Umbria	80,00	80,00	18,76	-61,24
Marche	163,00	111,00	44,47	-118,53
Lazio	235,00	133,00	96,16	-138,84
Abruzzo	173,00	140,00	52,18	-120,82
Molise	199,00	124,00	18,83	-180,17
Campania	214,00	127,00	79,06	-134,94
Puglia	107,00	28,00	-19,33	-126,33
Basilicata	118,00	24,00	-67,45	-185,45
Calabria	179,00	95,00	10,18	-168,82
Sicilia	151,00	544,00	34,97	-116,03
Sardegna	157,00	488,00	54,20	-102,80

Nota: i dati al 2003 sono ancora provvisori. Altri dati provvisori del 2004 mostrano che per alcune Regioni, che sembrerebbero in pareggio, esistono ancora disavanzi.
Fonte: ministero della Salute, anno 2005

Variazione del disavanzo pro capite



Fonte: ministero della Salute, sist. informativo sanitario, dir. generale per la programmazione 2005

Speranza di vita alla nascita nelle Province e nelle Regioni per sesso

Regione/Provincia		1991-1993		1998-2000		Regione/Provincia		1991-1993		1998-2000		Regione/Provincia		1991-1993		1998-2000	
		M	F	M	F			M	F	M	F			M	F	M	F
PIEMONTE																	
TO	Torino	74,2	80,8	76,7	82,6	GO	Gorizia	73,8	81,2	75,5	82,5	NA	Napoli	71,9	77,8	74,2	80,1
VC	Vercelli	72,8	80,4	75,1	82,2	TS	Trieste	73,6	80,4	76,0	81,1	AV	Avellino	75,4	81,4	77,0	82,2
VB	Verbanio Cusio- Os.	-	-	75,6	82,3	PN	Pordenone	74,2	81,5	76,5	83,7	SA	Salerno	74,8	80,4	76,4	81,9
						EMILIA-ROMAGNA						ABRUZZO					
NO	Novara	72,9	80,4	76,3	82,2	PC	Piacenza	73,5	81,0	76,2	82,7	AQ	L'Aquila	74,6	81,1	76,9	83,1
CN	Cuneo	73,9	80,9	76,1	82,0	PR	Parma	74,2	81,4	76,7	83,6	TE	Teramo	75,4	81,8	77,1	83,3
AT	Asti	74,5	80,8	76,2	82,1	RE	Reggio Emilia	75,3	81,8	77,2	83,8	PE	Pescara	75,1	80,9	77,1	82,9
BI	Biella	-	-	75,2	81,8	MO	Modena	75,0	81,7	77,3	83,7	CH	Chieti	76,3	81,2	77,7	82,7
VALLE D'AOSTA						BO	Bologna	75,1	81,4	77,2	83,4	MOLISE					
AO	Aosta	72,5	81,0	74,1	82,2	RN	Rimini	-	-	78,2	83,6	CB	Campobasso	75,4	80,9	76,8	82,8
LIGURIA						FE	Ferrara	73,6	80,8	76,2	81,9	IS	Isernia	75,3	82,2	76,2	82,3
IM	Imperia	74,0	80,6	76,1	82,0	RA	Ravenna	75,6	82,4	77,4	82,9	PUGLIA					
SV	Savona	74,4	81,3	76,2	82,1	FO	Forlì-Cesena	75,6	82,3	77,6	83,8	FG	Foggia	75,4	80,7	76,7	81,9
						MARCHE						BA					
GE	Genova	73,7	80,6	76,6	82,7	PS	Pesaro-Urbino	75,7	82,5	77,2	83,1	TA	Taranto	74,7	79,9	77,2	82,0
SP	La Spezia	75,1	81,7	76,8	82,6	AN	Ancona	76,3	82,1	77,8	83,9	BR	Brindisi	74,8	80,7	76,7	82,4
LOMBARDIA						MC	Macerata	76,0	82,2	78,2	83,6	LE	Lecce	75,1	81,0	77,1	82,7
VA	Varese	73,6	81,7	76,8	83,4	AP	Ascoli Piceno	76,2	81,7	78,0	83,5	BASILICATA					
CO	Como	73,6	81,3	76,4	83,0	TOSCANA						PZ	Potenza	75,9	80,6	77,1	82,5
SO	Sondrio	72,1	81,3	75,1	83,3	MS	Massa Carrara	73,8	81,2	75,5	82,5	MT	Matera	75,8	80,8	77,5	81,5
MI	Milano	73,6	81,0	76,8	82,9	LU	Lucca	74,1	80,8	76,0	82,3	CALABRIA					
LO	Lodi	-	-	74,1	81,2	PT	Pistoia	75,2	81,6	77,2	83,2	CS	Cosenza	75,9	80,7	77,3	82,1
LC	Lecco	-	-	76,8	83,1	FI	Firenze	75,8	82,0	78,1	83,5	CZ	Catanzaro	75,2	80,8	77,2	82,3
BG	Bergamo	72,8	80,7	75,5	82,3	PO	Prato	75,8	82,0	78,1	83,3	RC	R. Calabria	74,0	80,1	76,6	82,6
BS	Brescia	73,0	81,7	75,7	83,2	LI	Livorno	74,5	80,8	77,1	82,8	KR	Crotone	-	-	76,4	81,0
PV	Pavia	72,1	79,7	75,2	82,3	PI	Pisa	75,0	81,4	77,6	82,4	VV	Vibo Valentia	-	-	77,6	82,4
CR	Cremona	72,1	80,2	75,5	82,2	AR	Arezzo	76,1	82,0	77,6	83,1	SICILIA					
MN	Mantova	73,6	81,3	76,5	83,3	SI	Siena	76,2	81,5	78,0	83,7	TP	Trapani	75,5	80,0	76,2	82,4
TRENTINO-ALTO ADIGE						GR	Grosseto	74,8	80,6	76,6	82,9	PA	Palermo	74,1	79,2	75,7	80,8
BZ	Bolzano	74,4	81,8	76,8	83,2	UMBRIA						ME	Messina	74,2	79,5	76,7	82,2
TN	Trento	73,8	81,9	76,9	83,7	PG	Perugia	75,3	81,9	78,0	83,4	AG	Agrigento	75,4	80,2	76,2	81,7
VENETO						TR	Terni	75,6	81,2	77,0	83,0	CL	Caltanissetta	73,9	78,8	75,3	80,4
VR	Verona	74,0	81,4	76,9	83,6	LAZIO						EN	Enna	75,0	79,1	76,1	81,2
VI	Vicenza	74,0	81,5	76,6	83,5	VT	Viterbo	74,5	80,6	76,3	82,4	CT	Catania	73,3	78,9	76,4	81,1
BL	Belluno	72,8	81,0	75,1	82,9	RI	Rieti	75,0	80,3	76,2	82,2	RG	Ragusa	75,6	80,3	77,0	81,4
TV	Treviso	74,5	82,2	76,9	83,5	RM	Roma	74,3	80,6	76,6	82,2	SR	Siracusa	74,1	79,5	75,8	81,2
VE	Venezia	74,0	81,5	76,3	83,1	LT	Latina	74,3	80,7	75,8	82,3	SARDEGNA					
PD	Padova	74,4	81,9	77,2	83,4	FR	Frosinone	75,6	80,9	76,4	82,9	SS	Sassari	74,4	81,3	76,4	82,6
RO	Rovigo	73,6	81,1	75,7	82,6	CAMPANIA						NU	Nuoro	74,3	80,7	75,4	82,9
FRIULI-VENEZIA GIULIA						CE	Caserta	72,5	78,2	74,6	80,6	CA	Cagliari	74,0	80,9	76,5	83,0
UD	Udine	72,9	81,0	76,3	82,8	BN	Benevento	74,9	81,1	76,3	82,5	OR	Oristano	74,0	80,9	76,7	83,6
												Italia					

Il Centro-Nord "lavora" molto sugli ospedali e sull'efficienza della rete. Osservasalute nota, infatti, che a esempio la Valle d'Aosta ha bassissimi tassi di ospedalizzazione per le patologie croniche, mentre la Lombardia li ha elevati per la riabilitazione, indice questo, sottolinea il rapporto, di un'efficace pianificazione delle reti ospedaliere e territoriali anche per quanto riguarda la specializzazione delle strutture.

E sugli ospedali un altro primato spetta al Veneto, che registra la più bassa percentuale di ricoveri di un giorno (non day hospital).

Un dato che denota appropriatezza perché, considerano

i ricercatori, la degenza di un solo giorno è espressione spesso di valutazioni cliniche imperfette o di modelli ancorati al concetto di ricovero.

Record positivo anche per le aziende ospedaliere e per le Asl friulane, tutte economicamente in attivo, in netta controtendenza col resto del Paese. Le prime registrano infatti un utile medio di 336mila euro, le seconde di 581mila euro.

Al di là dei ricoveri e della rete ospedaliera, poi, il Centro-Nord va forte anche sul piano della qualità della vita, visto che l'Emilia Romagna è la Regione con la più lunga speranza di vita alla nascita, la Toscana quella con la più forte riduzione della mortalità infantile e la Liguria la Regione con il più basso tasso di mortalità per suicidio in Italia.

Altro primato a Bolzano,

dove la popolazione presenta il più basso tasso di obesità e di persone in sovrappeso del Paese.

Questo, considerando, ricorda Osservasalute, che la linea non è un fatto estetico, ma l'obesità può essere definita come vera e propria patologia cronico-degenerativa che nei Paesi industrializzati rappresenta la seconda causa di morte prevenibile.

Batte tutte le altre Regioni

il Piemonte per le percentuali di chemioterapia nelle leucemie in day hospital, mentre a Trento si spende pro capite meno per i farmaci rispetto al resto d'Italia, nonostante la Provincia non abbia mai previsto ticket.

Infine, l'Umbria è in testa a tutte le altre Regioni per gli investimenti in formazione del personale (oltre mille euro pro capite, contro, sul versante opposto, i 0,07 euro

che la Sicilia spende per la formazione nelle aziende ospedaliere) e va di pari passo col Friuli per il bassissimo tasso di mortalità infantile.

Nel triennio 2001-2003 tutte le Regioni di quest'area sono in disavanzo economico rispetto al fabbisogno.

Mentre è in alta linea il peso della tecnologia, che cresce in Lombardia, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana, ma cala in Piemonte, Veneto Umbria ed Emilia Romagna, anche se con differenze non eccezionali, sintomo di un aggiustamento nella spesa e di un restyling del parco tecnologico che porta spesso a dimissioni di vecchie apparecchiature.

Nel Centro-Nord l'ospedale va in cerca d'eccellenza



Piemonte

Oncologia: nel 2005 sono stati 22.100 i nuovi casi (12.100 negli uomini e 10.000 nelle donne). Nel periodo 2002-2003 la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 54,7 per cento. In Piemonte è ottima l'organizzazione dei day hospital: la Regione ha una delle più alte percentuali di chemioterapie per leucemie non secondarie: l'82,6 per cento contro il dato nazionale del 65,1 per cento.

Anziani: gli "over 65" sono aumentati del 21,9%, pari a circa 935.000 nuovi anziani; mentre la popolazione "vecchia" è pari al 9,9%, circa 424.000 persone.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati registrati 85 nuovi casi di Aids con un tasso standardizzato 3,05 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Nel 2003 il numero dei casi di tetano è di 0,18 casi su 100.000 abitanti; nel 1994 era dello 0,30.

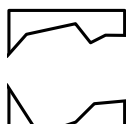
Dipendenze da sostanza tra i 15 e i 19 anni in Piemonte e Valle d'Aosta: cannabinoidi ragazzi 33,5% e ragazze 26,8%; cocaina ragazzi 6,5% e ragazze 3,1%; eroina: ragazzi 3,9% e ragazze 2,8%; allucinogeni: ragazzi 5,3% e ragazze 3,5%; stimolanti: ragazzi 5,1% e ragazze 3,2%.

Mortalità infantile: il tasso standardizzato per 1.000 abitanti è di 3,4, la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8 per cento. Ivg: nel 2003, il tasso standardizzato è di 10,9 casi ogni 1.000 donne, mentre il tasso più elevato si osserva nella classe 20-24 anni con 18 casi ogni 1.000 donne. Cesarei: il totale nel 2003 è stato del 30,2% (+3,3% rispetto al 1998).

Tecnologia: il peso della tecnologia è diminuito tra il 2002 e il 2003 da 1,77 a 1,71.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per personale Asl è di 165 euro contro 279,00 euro del 2001, mentre per le Ao è pari a 207 euro contro i 211 euro del 2001.

Il disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003 è pari a -74,39 euro. La spesa farmaceutica lorda pro capite è 208,84 euro, il ticket varia tra i 2 e i 4 euro.



Valle d'Aosta

Oncologia: i dati al 2005 hanno registrato 650 nuovi casi (350 negli uomini e 300 nelle donne). In Val d'Aosta la percentuale di donne di età 50-69 anni inserite in un programma di screening mammografico è del 100 per cento. Eccellente l'assistenza territoriale in generale: il territorio funge da sede di riferimento per l'assistenza personalizzata finalizzata alla gestione della cronicità del paziente. Il dato emerge dai tassi standardizzati 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.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati registrati 2 nuovi casi di Aids, mentre il tasso di incidenza del tetano è di 0,00 casi su 100mila abitanti: non ci sono variazioni rispetto al 1994.

Dipendenze da sostanza: si veda la scheda sul Piemonte.

Mortalità infantile: il tasso standardizzato per mille abitanti è di 6,3, mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari al 2,5 per cento. In Regione i bambini ricoverati al di sotto di un anno di vita sono 336,7 per mille abitanti.

Ivg: nel 2003 il tasso standardizzato è di 11 casi ogni mille donne; il tasso più elevato è nella classe 25-29 anni con 18,1 casi ogni 1.000 donne. Il numero dei cesarei è aumentato tra il 1998 e il 2003 del 5,7 per cento.

Tecnologie: il peso è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,66 a 2,06.

Formazione: la spesa pro capite per dipendenti Asl è pari a 438 euro contro 393 del 2001 (variazione assoluta: 45 euro).

Il disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003 è pari a -297 euro. La spesa farmaceutica lorda pro capite è di 204,21 euro, il rating S&P è pari ad AA-.



Lombardia

Il Rapporto della Cattolica pone la Regione al top per le attività di riabilitazione. In particolare per gli over 75, il tasso di dimissione ospedaliera per riabilitazione nel 2003 è del 37,1 contro una media nazionale del 18,4. Gli "over 65" sono aumentati del 18,8%; mentre la popolazione "vecchia" è pari a 8,2% (circa 761 mila persone).

Oncologia: nel 2005 ci sono stati 45.400 nuovi casi (23.600 negli uomini e 21.800 nelle donne); nel 2002 la percentuale di donne tra 50 e 69 anni inserite nello screening mammografico è stata del 40,1% e nel 2003 del 67,3 per cento.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati registrati 345 nuovi casi di Aids, con un tasso standardizzato di 3,12 nuovi casi per mille abitanti. L'incidenza del tetano è di 0,04 casi per mille ab., in lieve diminuzione rispetto al 1994.

Consumatori (15-19 anni) di sostanze: 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 per cento.

Mortalità infantile: per mille abitanti è di 3,2, con una variazione media annua dal 1990 al 2002 di -6,3 per cento. Vengono ricoverati 582,8 bambini per mille ab., al di sotto dell'anno di vita. Ivg: il tasso è 10,5 casi per mille. Cesarei: nel 2003 sono stati il 26,6% sul totale (+3,3% sul 1998).

Tecnologie: il peso è leggermente aumentato, da 1,63 a 1,65 tra il 2002 e 2003.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite nelle Asl è 4 euro contro gli 8 del 2001; nelle Ao è cresciuta da 17 a 24 euro. Il disavanzo sanitario pubblico 2001-2003 è di 118,85 euro. La spesa farmaceutica pro capite è di 213,75 euro, ticket tra 2 e 4 euro. Il rating Fitch è AA; quello Moody's Aa1 e S&P AA-.



Province autonome di Trento e Bolzano

Bolzano la provincia più "in linea", Trento virtuosa per la capacità di tenere sotto controllo la spesa, senza ticket. Nel primo caso, si registra la più bassa percentuale di obesità, il 5,8% rispetto a una media nazionale dell'8,5%. Invece, Trento registra la spesa lorda farmaceutica pro capite più bassa d'Italia.

Bolzano. Gli "over 65" sono aumentati del 16,1%. Lo screening mammografico copre il 100% delle donne tra 50-69 anni. Malattie infettive: nel 2004 erano 10 i nuovi casi di Aids; in aumento il tetano: da un tasso di incidenza di 0,00 del 1994 a 0,43 per 100mila abitanti nel 2003. Mortalità infantile: il tasso standardizzato per mille ab. è di 4,0 (la variazione 1990-2002 è -4,6%). I bimbi ricoverati con meno di un anno sono 570,3 per mille. Ivg: 5,5 casi per mille donne. Cesarei: nel 2003 il 19,5% sul totale. Il peso della tecnologia è cresciuto da 1,43 a 1,52 tra 2002 e 2003. Il disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003 è -572 euro; la spesa farmaceutica lorda pro capite 174,24; ticket: da 2 euro a confezione a 4 euro per ricetta.

Trento. Gli "over 65" sono aumentati del 18,4 per cento. La copertura dello screening alla mammella è del 100 per cento. Malattie infettive: nel 2004 ci sono stati 4 nuovi casi di Aids, l'incidenza del tetano è 0. Mortalità infantile: il tasso è di 3,7 (variazione 1990-2002: -5,9%). I bambini ricoverati con meno di un anno sono 413,9 per mille ab. Ivg: 7,4 casi per mille donne. Cesarei: il 27% del totale. Formazione: la spesa pro capite Asl è 386 € nel 2002 (-11 € sul 2001). Il disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003 è 381 €. Spesa farmaceutica lorda pro capite: 174,24 €.

Oncologia: in Trentino Alto Adige nel 2005 sono stati 4.200 i nuovi casi. Consumi sostanze illegali (15-19 anni): 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 per cento.



Veneto

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 mostra nei fatti l'appropriatezza d'uso dell'ospedale, buone valutazioni cliniche e organizzazione.

Il corretto rapporto tra ospedale e territorio della Regione è testimoniato anche dal fatto che qui opera dal 1987 il primo registro tumori regionale. Oncologia: nel 2005 sono stati registrati 20.600 nuovi casi (10.700 negli uomini e 9.900 nelle donne). Lo screening per tumore alla mammella ha raggiunto nel 2003 l'88% delle donne tra 50 e 69 anni; nel 2002 erano il 79 per cento.

Anziani: gli "over 65" sono aumentati del 18,7%, mentre la popolazione "vecchia" è pari all'8,7 per cento.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati registrati 55 nuovi casi di Aids, con un tasso standardizzato di 3,12 nuovi casi per mille ab. L'incidenza del tetano è di 0,08 casi per 100mila (nel 1994 era 0,11).

Consumo tra i giovani (15-19 anni): 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 per cento.

Mortalità infantile: il tasso standardizzato è di 3,3 per mille ab. I ricoverati entro il primo anno di vita sono 379,26 per mille ab. Ivg: 6,7 casi per mille donne (il tasso più alto è nella fascia 20-24 anni, con 14,4 casi per mille donne). Cesarei: nel 2003 il tasso era 27,9% sul totale (+3,4% sul 1998).

Tecnologia: il peso è diminuito tra 2002 e 2003 da 1,81 a 1,78. Formazione: nel 2002 la spesa pro capite nelle Asl è di 165 € contro 186 del 2001 (-21 €); nelle Ao è di 160 € contro i 145 del 2001. Il disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003 è pari a -129,06 €. Spesa farmaceutica lorda pro capite: 198,87; ticket da 2 € per confezione a un massimo di 4 € per ricetta. Rating Moody's: Aa2.



Friuli Venezia Giulia

Il Friuli ha registrato nel 2002 un utile medio di 336.000 euro per le 6 Asl e di 581 mila euro per la 3 Ao, in netta controtendenza rispetto ai valori negativi della media nazionale. Ancora, il Fvg ha 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 Dh ogni 1000 abitanti); la mortalità infantile nel 2002 è stata tra le più basse, pari al 2,1 ogni 1.000 abitanti.

Anziani: gli "over 65" sono aumentati del 21,9%, la popolazione "vecchia" è il 10,8 per cento. Oncologia: nel 2005 sono stati registrati 6.400 nuovi casi (3.200 negli uomini e 3.200 nelle donne). 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 2004 sono stati registrati 15 nuovi casi di Aids con un tasso standardizzato 3,07 nuovi casi ogni 100.000 abitanti; l'incidenza del tetano risulta dello 0,08 casi su 100mila abitanti (nel 1994 il dato era dello 0,41).

Consumo di sostanze tra i 15 e i 19 anni: 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 per cento.

Mortalità infantile per 1.000 abitanti: di 2,1 (variazione media annua 1990-2002: +7,3%). I bambini ricoverati "under 1" sono 371,2 per 1.000 abitanti. Ivg: nel 2003 il tasso standardizzato è di 8,1 casi ogni 1.000 donne. Cesarei nel 2003: il 22,4% sul totale (+2,5% sul 1998).

Nel 2002 la spesa pro capite per formazione a dipendenti Asl è pari a 192 euro contro 332 del 2001, mentre per le aziende ospedaliere è 142 euro, contro i 147 del 2001. Il disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003 è -110 euro; la spesa farmaceutica lorda pro capite è 210,51 euro.

UNIVERSITÀ CATTOLICA/ Dieci amministrazioni sono sullo stesso piano dell'Italia

Regioni alla prova del rating

La Lombardia in testa - Tecnologie: variabilità negli investimenti



Puntuale per il terzo anno consecutivo Osservasalute offre una fotografia dinamica della salute degli italiani e concorre a delineare il panorama sullo stato di salute del Ssn nelle singole Regioni.

Sul fronte di finanziamento e spesa il focus è stato posto sui disavanzi e sulle operazioni di finanza innovativa per la loro copertura. Sul fronte dell'organizzazione dei servizi l'attenzione è rivolta all'allocatione delle alte tecnologie biomediche e alla loro valutazione.

Il disavanzo complessivo della spesa per il 2004 è di oltre 4 mld, distribuiti molto diversamente tra le Regioni. I

Nel Rapporto Osservasalute il dato relativo all'evoluzione dei disavanzi delle Regioni è analizzato congiuntamente a modalità di copertura basate sul ricorso ai mercati finanziari attraverso operazioni di securizzazione (cartolarizzazione). Queste operazioni, pur generando effetti sui dati contabili, non incidono sull'equilibrio reale del sistema e impongono quindi una rilettura attenta dei dati di disavanzo.

Pur nell'estrema varietà delle tipologie di operazioni alcune Regioni hanno fatto certamente da battistrada in questo campo. La Regione Lazio, prima a utilizzare questo tipo di operatività, tra il

2001 e il 2005 ha concluso operazioni di securizzazione per oltre 3 mld. Sicilia, Abruzzo e Campania sono le altre Regioni nelle quali tali operazioni hanno assunto una significativa rilevanza.

L'ingresso della finanza nel settore sanitario ha anche stimolato i ricercatori di Osservasalute ad analizzare alcuni indicatori correlati. In particolare appare interessante il confronto tra i "rating" che le agenzie internazionali riconoscono alle singole Regioni.

Il "rating" è una misura sintetica delle condizioni economico-finanziarie attuali delle singole Regioni, ma anche

della capacità politica e amministrativa riconosciuta all'ente negli ambiti di competenza (Sanità, prima fra tutti).

Ben dieci Regioni italiane (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche) sono considerate dalle diverse agenzie di rating allo stesso livello di affidabilità creditizia dell'Italia, ma non è infrequente il fenomeno dello "split rating", rappresentato da quelle situazioni in cui le agenzie attribuiscono valutazioni sostanzialmente differenti allo stesso ente, evidente indicatore delle diverse logiche applicate. La Regione con rating più alto è la Lombardia, quella con il più basso è la Campania (A3 - Moody's).

L'assegnazione dei rating mette in evidenza la presenza di un significativo gradiente Nord-Sud. Infatti le doppie A scompaiono dalle valutazioni delle agenzie di rating dalla Regione Lazio in giù.

È interessante, in ultimo, osservare una particolarità: Moody's riconosce a una sola Regione in Italia, la Lombardia, un rating pari a Aa1, addirittura migliore dell'Aa2 assegnato allo Stato centrale (Sovereign ceiling trascendente).

Le tecnologie. Osservasalute si occupa anche di tecnologie biomediche dedicando una sezione ad alcuni indica-

tori relativi alla distribuzione di alte tecnologie biomediche nelle Regioni. La tecnologia rappresenta per gli utenti del sistema un indicatore della capacità tecnica e della qualità del sistema stesso, e l'accessibilità ai servizi innovativi è spesso una chiave per il successo del sistema sanitario nei confronti dei cittadini.

Nella mappatura dell'indice di disponibilità tecnologica i risultati evidenziano una forte variabilità interregionale del peso tecnologico dei Ssr. Ponendo come punto di riferimento il valore 100 quale valore medio nazionale, nove Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria e Sardegna) su 21 in entrambi gli anni considerati (2002 e 2003) sono al di sopra della media: il massimo valore è registrato per il Molise nel 2003 come mostra un indice di tecnologicizzazione del 60% più alto rispetto al valore medio nazionale (160).

Regioni come Lazio (125 nel 2002, 124 nel 2003), Calabria (141 nel 2002, 135 nel 2003), Valle d'Aosta (105 nel 2003) e Umbria (114 nel 2002, 111 nel 2003) mostrano i valori più alti di tecnologicizzazione. Questo indice, invece, appare stranamente basso a Trento e

Bolzano e in Regioni del Nord come la Liguria e del Sud come la Basilicata.

Il dato più significativo è proprio l'estrema variabilità della disponibilità tecnologica e la mancanza di qualsiasi tendenza Nord-Sud. Molte di queste differenze si teme possano nascondere una disponibilità eccessiva in alcuni contesti e, di conseguenza, una mancanza di appropriatezza nella fase di allocatione del budget per le tecnologie biomediche.

Il problema è sotto la lente dei ricercatori e delle istituzioni riunite nel Network italiano di Health technology assessment che promuove iniziative per diffondere metodi scientificamente robusti, per valutare le tecnologie sanitarie con l'obiettivo di giungere a una più razionale gestione del complesso mondo delle tecnologie biomediche.

Americo Cicchetti

Docente di organizzazione aziendale
Università di Chieti-Pescara
Responsabile del laboratorio di
Economia sanitaria Università
Cattolica di Roma
Componente segreteria scientifica
Osservatorio nazionale sulla Salute
nelle Regioni



Liguria

È la Liguria la Regione più "serena", secondo l'indagine della Cattolica: registra infatti 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 dell'1,07 e 0,27.

Anziani: gli ultra sessantacinquenni sono oltre un quarto del totale dei residenti e sono aumentati dal 2002 al 2004 del 26,3 per cento.

Tumori: nel 2005 sono stati registrati 8.750 nuovi casi. La percentuale di screening mammografico nell'età 50-69 è del 27 per cento.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati 57 i nuovi casi di Aids (tasso standardizzato di 2,96 casi ogni 100mila ab.); diminuiscono i casi di tetano da 0,23 del 1994 a 0,06 del 2003.

Dipendenze da sostanze e consumo tra 15 e 19 anni: 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 per cento.

Mortalità infantile: il tasso standardizzato per mille ab. è di 3,5. Ricoveri "under 1": 584 per mille ab. Ivg: il tasso standardizzato è 12,8 casi per mille donne; il tasso più alto è tra i 25 e i 29 anni con 19,1 casi ogni mille. Cesarei: il totale 2003 è stato del 32,3% (+3,8 sul 1998).

Tecnologie: il peso è aumentato tra 2002 e 2003 da 1,04 e 1,25.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per dipendenti Asl è 118 euro contro i 174 del 2001; per le Ao è 212 contro i 222 del 2001. Disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003: -90,63 euro. Spesa farmaceutica lorda: 285,42 euro; il ticket varia da 2 euro per confezione a 4 euro per ricetta. La Liguria ha avuto una valutazione da parte di Moody's pari ad Aa3.



Emilia Romagna

È la «Regione con la speranza di vita alla nascita più lunga»: per il triennio 1999-2001 fa registrare per 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 a valori nazionali che sono rispettivamente del 103,5 e del 61,3. Per le donne inoltre si registra la più bassa mortalità in assoluto per malattie cardiocircolatorie. Ma in generale i dati di tutte le altre cause di morte sono ben al di sotto dei valori nazionali. Regione 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.

Tumori: nel 2005 sono stati 20.500 i nuovi casi; lo screening mammografico 2002-2003 ha "coperto" il 100% delle donne tra 50 e 69 anni.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati 136 i nuovi casi di Aids; i casi di tetano sono dimezzati tra il 1994 (0,30) e il 2003 (0,15).

Consumatori di sostanze illegali (15-19 anni): 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 per cento.

Mortalità infantile: il tasso per mille ab. è di 3,5; i bambini ricoverati con meno di un anno sono 451,7 per mille abitanti. Ivg: il tasso è di 11,3 per mille donne. Cesarei: nel 2003 il 30,4 per cento.

Tecnologie: il peso è diminuito tra 2002 e 2003 da 1,62 a 1,58. Spesa per la formazione: nel 2002 pro capite per dipendenti Asl è 211 euro contro 315 euro del 2001; per le Ao è 276 euro contro i 241 del 2001. Il disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003 è -99,04 euro. La spesa farmaceutica lorda pro capite è di 213,67 euro.



Toscana

La Toscana è la Regione che ha più abbattuto la mortalità infantile, passata dal 6,5 per mille nel triennio 1990-1992 al 2,9 nel triennio 2000-2002. 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. Molte le conferme in questo senso nella Regione: sul fronte gestionale si registra un buon equilibrio di bilancio con un attivo di esercizio per le Ao toscane.

Tumori: sono stati registrati 17.500 nuovi casi (9.650 negli uomini e 8.000 nelle donne). Nel 2002-2003 la copertura per screening mammografico (50-69 anni) è del 100 per cento.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati registrati 88 nuovi casi di Aids; il tetano è in diminuzione: nel 2003 erano 0,28 casi su 100mila ab. (nel 1994 erano 0,42).

Consumo di sostanze (15-19 anni): 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 per cento.

Mortalità infettive: il tasso standardizzato è di 2,0 (la variazione annua dal 1990 al 2002 è pari a -7,5%). I ricoveri di bimbi "under 1" sono 458,1 per mille ab. Ivg: 9,4 casi ogni mille donne. Cesarei: il totale nel 2003 è stato del 25,3% (+2,8% sul 1998).

Tecnologie: il peso è aumentato tra il 2002 e il 2003 da 1,35 a 1,41.

Formazione per personale dipendente Asl: 204 euro contro 291 euro del 2001, mentre per le Ao è pari a 145 euro contro i 73 euro del 2001. Disavanzo sanitario pubblico pro capite 2001-2003: -105,40 euro. La spesa farmaceutica lorda pro capite è 205,84 euro. La valutazione di S&P è pari a AA-.



Umbria

È la Regione che ha investito di più in formazione del personale, destinando oltre 1.000 euro nel 2001 alla spesa pro capite per dipendenti delle Asl, a fronte di una media nazionale di 234 euro. 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, nettamente più basso rispetto al dato nazionale che è del 4,1.

Anziani: nel 2005 la popolazione con oltre 65 anni è aumentata del 23,2%, mentre la popolazione "vecchia" è pari all'11,4 per cento.

Tumori: nel 2005 sono stati registrati 4.200 nuovi casi (2.300 negli uomini e 1.900 nelle donne). La copertura di screening mammografico (50-69 anni) è dell'88,5 per cento.

Malattie infettive: sono 9 i nuovi casi di Aids registrati; quasi nulla l'incidenza del tetano.

Consumo di sostanze illegali tra i giovani: 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 2,7%; stimolanti, ragazzi 5,1% e ragazze 3,5 per cento.

Mortalità infantile per 1.000 abitanti: 2,1; i bambini ricoverati con meno di un anno di vita sono 328,8 per 1.000 abitanti; Ivg: 11,4 casi ogni mille donne. Cesarei: nel 2003 erano il 30,6% sul totale (+5,2% sul 1998).

Tecnologie: il peso è diminuito tra il 2002 e il 2003 da 1,81 a 1,78.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per formazione (externalizzata e non) per dipendenti Asl è 357 euro contro i 1.069 del 2001 con una variazione assoluta di -712,00; per le Ao è pari a 59 euro contro i 54 del 2001. Il disavanzo sanitario pubblico pro capite negli anni 2001-2003 è pari a -61,24 euro. La spesa farmaceutica lorda pro capite è di 211 euro. L'Umbria ha avuto una valutazione da parte di Fitch pari a AA, da Moody's Aa3 e da S&P pari a AA-.

La vocazione sociosanitaria caratterizza le Regioni del Centro-Sud, dove anziani, disabili e donatori d'organi registrano situazioni da primato rispetto al resto del Paese. In particolare nel Sud il tumore è meno frequente, anche se gli screening non mancano e per altre patologie (soprattutto infettive) il livello di incidenza è spesso tra i più bassi.

A Enna, infatti, si registra il più basso tasso di mortalità per tumori non solo della Sicilia - che in assoluto è la Regione con i dati migliori in questo senso - ma di tutto il Paese, mentre la Basilicata ha il primato sul fronte dello screening dei tumori con il 100%

di donne tra 50 e 59 anni che hanno effettuato il controllo di quello alla mammella, prima causa di morte nella Regione tra i 35 e i 69 anni.

Ancora sul versante delle patologie, la Puglia è la Regione col più basso tasso di incidenza di casi di Aids in Italia mentre la Calabria è l'unica Regione in cui non si è registrato neppure un caso di sifilide, che pure sta diminuendo in tutto il Paese.

Primato nell'incremento delle donazioni di organi nelle Marche, i cui ospedali hanno fatto passi da gigante nell'attività di prelievo e nelle rianimazioni c'è stata una migliore identificazione dei potenziali donatori. Agganciato alla rete ospedaliera anche il risultato dell'Abruzzo, in cui il tasso di posti letto nei Dea è praticamente doppio di quello nazionale, col risultato di un'eccellente copertura del-

le emergenze.

Sul versante sociale, il Lazio è la Regione che ha integrato nelle scuole il maggior numero di alunni disabili, mentre il Molise ha il primato del tasso di centri anti-fumo per abitante e ha debellato, grazie alle vaccinazioni, la rosolia con un tasso di notifica uguale a zero.

Maggiore attenzione agli anziani, invece, in Sardegna, dove i nuclei "unipersonali"

formati sia da over 65 che da over 75 sono in netta diminuzione (rispettivamente -21,4% e -13,4%), mentre, sul versante opposto, la Campania resta la Regione in Italia col più alto tasso di natalità del Paese, anche se comunque è in aumento anche qui la popolazione over 65 e la Regione è quella che presenta il più alto disavanzo pro capite tra quelle a statuto ordinario del Paese.

Nel Centro-Sud, sul versante delle tecnologie, regnano gli investimenti. In tutte le Regioni, tranne Abruzzo e Calabria, il loro peso è aumentato sensibilmente, anche perché negli anni precedenti al 2003 (è il riferimento di Osservasalute), le dotazioni di questa area erano scarse.

Bassa, invece, la spesa per formazione del personale, che solo nelle aziende Ospedaliere della basilicata raggiunge i 498 euro, ma è in calo rispetto all'anno precedente. Le altre cifre non superano i 200 euro pro capite, con l'eccesso al ribasso della Sicilia che ha speso 0,22 euro nelle Asl e 0,07 euro nelle aziende ospedaliere.

Il Centro-Sud cura il sociale e gli stili di vita



Marche

Forti motivazioni all'attività di prelievo negli ospedali, migliore identificazione dei potenziali donatori e sprint sui Coordinatori locali hanno fatto delle Marche, nel 2004, una regione donatrice di organi. Il progressivo aumento dei donatori è confermato dal tasso annuale di donazione: 36 per 1 mln di residenti con 53 donatori effettivi e 32,6 per 1 mln di residenti con 48 donatori utilizzati.

Oncologia: nel 2005 sono stati 1.250 nuovi casi di tumore (750 uomini e 500 donne). Anziani: gli over 65 aumentano del 22,2%, gli over 75 sono 163mila ovvero il 10,8% della popolazione.

Malattie infettive: nel 2004 sono stati 37 i nuovi casi di Aids (tasso standardizzato di 2,98 casi ogni 100mila abitanti), nel 2003 ci sono stati 0,88 nuovi casi di tetano ogni 100mila abitanti con un calo rispetto al 2004 quando il valore era di 0,90.

Dipendenze da sostanza tra 15 e 19 anni: 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 per cento.

Mortalità infantile: nel 2002 il tasso standardizzato ogni 1.000 abitanti è di 4, la variazione media annua dal 1990 al 2002 di -4,5 per cento. Ivg: nel 2003 il tasso standardizzato ogni 1.000 donne è stato pari a 8. Cesarei: nel 2003 sono stati il 35,4% (+2,2% rispetto al 1998).

Tecnologia: il loro peso è aumentato tra 2002 e 2003 da 1,37 a 1,46.

Formazione: la spesa pro-capite 2002 per i dipendenti Asl è di 195 €, per le Ao di 82.

Disavanzo sanitario pubblico: a testa, nel periodo 2001-2003, è di -118,53 €. La spesa farmaceutica lorda pro-capite si attesta sui 219,46 €. Non vi sono ticket. Rating: S&P AA-, Moody's Aa3.



Lazio

Oncologia: nel 2005 sono 24.050 i nuovi casi (12.700 negli uomini e 11.350 nelle donne). Nel 2002 gli screening mammografici hanno interessato l'84,7% delle donne tra 50 e 69 anni e nel 2003 il 76 per cento.

Anziani: la popolazione over 65 è cresciuta 18,6% mentre gli over 75 rappresentano l'8,2% della popolazione e sono 425mila.

Malattie infettive: nel 2004 si contano 159 nuovi casi di Aids (3,08 ogni 100mila abitanti), nel 2003 ci sono stati 0,13 casi di tetano ogni 100mila abitanti (nel 1994 il dato era di 0,15).

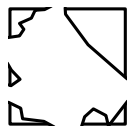
Dipendenze da sostanza tra 15 e 19 anni: cannabinoidi: ragazzi 35,5% e ragazze 29%; cocaina: ragazzi 9,1% e ragazze 5,5%; eroina: ragazzi 3% e ragazze 3,5%; allucinogeni: ragazzi 4% e ragazze 3,1%; stimolanti: ragazzi 6,6% e ragazze 2,2 per cento.

Mortalità infantile: nel 2002 il tasso standardizzato per 1.000 abitanti è di 4, la variazione 1990-2002 è di -5,5 per cento. Ivg: nel 2003 sono state 11,3 ogni 1.000 donne con la classe 20-24 che ha il valore più alto 18,4 ogni 1.000 donne. Cesarei: nel 2003 sono state il 37,5% con un aumento del 2% rispetto al 1998. 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'integramento di alunni disabili nelle scuole statali.

Tecnologia: il suo peso tra 2002 e 2003 è passato da 1,97 a 2.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per i dipendenti Asl è stata di 45 € contro i 103 del 2001 e per le Ao di 33 € rispetto ai 30 del 2001.

Disavanzo sanitario pubblico pro capite: nel 2001-2003 è di -138,84 €, la spesa farmaceutica lorda pro capite di 305,7 €. Il ticket farmaceutico è stato abolito dal 2006. Rating: Fitch A, Moody's A1 e S&P A.



Abruzzo

Oncologia: sono 4.700 (2.550 uomini e 2.150 donne) i nuovi casi di tumore nel 2005 con un tasso standardizzato di 284 casi ogni 100mila uomini e 207 ogni 100mila donne. Gli screening mammografici nel 2003 hanno riguardato il 54,7% delle donne tra 50 e 69 anni.

Anziani: gli over 65 sono aumentati del 20,9%, gli over 75 sono il 10% ovvero 128mila.

Malattie infettive: nel 2004 ci sono stati 19 nuovi casi di Aids (2,97 ogni 100mila abitanti) mentre i casi di tetano, nel 2003, sono stati 0,15 su 100mila abitanti (0,32 nel 1994).

Dipendenze da sostanza tra 15 e 19 anni: cannabinoidi: ragazzi 29,1% e ragazze 20%; 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 per cento.

Mortalità infantile: nel 2002 il tasso standardizzato per 1.000 abitanti è di 4,1 con un -7,1 dal 1990 al 2002. Ivg: nel 2003 sono state 9,1 ogni 1.000 donne. Il valore più alto, 15 ogni 1.000, si ha nella classe d'età 25-29. Cesarei: nel 2003 sono state il 39,6% con un +6,1% rispetto al 1998.

Tecnologia: il peso della tecnologia tra 2002 e 2003 è sceso da 1,78 a 1,76.

Formazione: la spesa pro capite 2002 per dipendenti Asl è stata di 181 € contro i 192 dell'anno prima.

Disavanzo sanitario pubblico: il dato pro capite 2001-2003 è pari a -120,82 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite è di 232,22 €. Non ci sono ticket farmaceutici. Rating: Moody's A1, S&P A.



Molise

Oncologia: nel 2005 si contano 1.500 nuovi casi (700 uomini e 500 donne) con un tasso standardizzato di 305 ogni 100mila uomini e 195 ogni 100mila donne. Nel 2003, la percentuale di donne tra 50 e 69 anni inserite in programmi di screening mammografici è stata del 100 per cento. Il Molise guida la lotta al fumo col più alto tasso di centri antifumo per abitante.

Anziani: gli over 65 sono cresciuti del 21,5%, gli over 75 sono il 10,3% cioè circa 33mila.

Malattie infettive: nel 2004 ci sono 3 nuovi casi di Aids con un tasso di 2,92 casi per 100mila abitanti. Il tetano, nel 2003, ha avuto un'incidenza di 0,31 casi ogni 100mila abitanti (nel 1994 era di 0,0). Nel 2002 il tasso di notifica della rosolia è stato pari a zero.

Dipendenze da sostanza tra 15 e 19 anni: 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 per cento.

Mortalità infantile: nel 2002 il tasso standardizzato ogni 1.000 abitanti è di 2,3 con una variazione media annua dal 1990 al 2002 del 7,2 per cento. Ivg: nel 2003 ce ne sono state 8,2 ogni 1.000 donne con il valore più elevato (13,1) tra 20 e 24 anni. Cesarei: nel 2003 sono il 42,2% con un +8,7% rispetto al 1998.

Tecnologia: il peso della tecnologia è passato da 2,34 a 2,58 tra 2002 e 2003.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per il personale Asl è stata di 235 € rispetto ai 303 del 2001.

Disavanzo sanitario pubblico: quello pro capite nel 2001-2003 è pari a -180,17 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite tocca 247,07 €. Il ticket sui farmaci va da 1 a 3 €. Rating: Moody's è l'unico che ha fatto la valutazione, pari ad A2.



Campania

Oncologia: sono 21.350 i casi di tumore registrati nel 2005 (11.950 uomini con un tasso di standardizzato di 389 ogni 100mila uomini e 9.400 donne con un tasso standardizzato di 254 ogni 100mila donne). Non esistono dati sugli screening mammografici nel periodo 2002-2003.

Anziani: la popolazione over 65 è aumentata del 14,8%, mentre gli over 75 rappresentano il 6,4% della popolazione con 368mila persone.

Malattie infettive: nel 2004 i nuovi casi di Aids sono stati 9 pari a 2,94 ogni 100mila abitanti. Nel 2003 sono stati 0,14 ogni 100mila abitanti i casi di tetano (nel 1994 erano 0,08).

Dipendenze da sostanza tra 15 e 19 anni: 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% e ragazze 2,4%; stimolanti: ragazzi 4,9% e ragazze 2,3 per cento.

Mortalità infantile: nel 2002 il tasso standardizzato è pari a 4,6 ogni 1.000 abitanti (-7,2% dal 1990 al 2002). Nel periodo 2002-2004 il saldo naturale della popolazione campana è di +3,1 (il dato nazionale è -0,3) con la natalità dell'11,3, la più elevata in Italia dove il dato è di 9,5. Ivg: nel 2002 sono state 9,1 per 1.000 donne. Valore più alto per la classe 20-24 anni con 13,6 casi ogni 1.000 donne. Cesarei: nel 2003 sono stati il 57,9% con un +9,9% rispetto al 1998.

Tecnologia: il peso delle apparecchiature è passato dall'1,43 del 2002 all'1,48 del 2003.

Formazione: nel 2002 le Asl hanno speso per i dipendenti 130 € a testa contro i 231 del 2001. Le Ao sono passate dai 54 € del 2001 ai 113 del 2002.

Disavanzo sanitario pubblico: la quota pro capite 2001-2003 è di -134,94 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite si attesta su 236,15 €. Non ci sono ticket. Rating: Moody's A3, S&P A-€



Puglia

Oncologia: sono 13.800 i casi nuovi nel 2005 (7.500 uomini e 6.300 donne) con un tasso standardizzato di 308 casi per 100 uomini e 22 ogni 100mila donne. Non ci sono dati 2002-2003 sugli screening mammografici.

Anziani: gli over 65 sono cresciuti del 16,6% mentre gli over 75 sono il 7,4% dei pugliesi, cioè 299mila.

Malattie infettive: nel 2004 il tasso di incidenza di Aids in Puglia è stato di 0,51 ogni 100mila abitanti, il più basso in assoluto in Italia, dove il tasso è pari a 2,85. In tutto i casi segnalati nel 2004 sono stati 51. Mentre il tasso di incidenza del tetano nel 2003 è di 0,7 su 100mila abitanti (nel 1994 era 0,02).

Dipendenze da sostanza tra 15 e 19 anni: 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%; stimolanti: ragazzi 3,6% e ragazze 1,1 per cento.

Mortalità infantile: nel 2002 il tasso standardizzato è di 5,6 ogni 1.000 abitanti con una variazione del -5,2% tra 1990 e 2002. Ivg: nel 2003 sono state 12,2 ogni 1.000 donne, 17 ogni 1.000 i casi tra 20 e 24 anni. Cesarei: sono stati il 43,5% nel 2003 con un aumento dell'8,5% rispetto al 1998.

Tecnologia: il suo peso è passato da 1,38 a 1,40 da 2002 a 2003.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per i dipendenti Asl è stata di 50 € (contro i 92 del 2001); nelle Ao si è attestata su 62 € contro i 49 del 2001.

Disavanzo sanitario pubblico: quello pro capite nel 2001-2003 è stato di -126,33 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite è di 248,71 €. Il ticket va da 2 a 5,55 €, alcune categorie di farmaci godono di un ticket minore. Rating: Moody's A2.

UNIVERSITÀ CATTOLICA/ L'analisi delle cure primarie mostra ancora margini di sviluppo

Territorio risorsa da sfruttare

Questa la strada per ridurre il numero delle degenze inappropriate



L'assistenza primaria persegue due finalità principali. Il primo obiettivo riguarda l'offerta di servizi quali la promozione, la prevenzione e il mantenimento della salute, il counseling, l'educazione sanitaria del paziente, la diagnosi e il trattamento di malattie acute e croniche in diverse sedi, dall'ambulatorio al domicilio del paziente. La seconda finalità è quella di assicurare la continuità assistenziale. Questa risposta sinergica tra i livelli assistenziali determina risultati congiunti in termini di efficacia assistenziale, appropriatezza ed economicità, ma necessita dello sviluppo di strumenti formativi, organizzativi e informativi. In tale prospettiva si pone il contributo dell'attuale edizione di Osservasalute che, nel capitolo dedicato all'assistenza territoriale, pone una riflessione sull'importanza dello sviluppo dei sistemi di classificazione delle attività nel settore dell'assistenza primaria.

Gli autori, in attesa dello sviluppo di tali strumenti, utilizzano i sistemi informativi ospedalieri anche per alcune analisi dell'assistenza primaria nelle Regioni italiane. Viene proposto l'utilizzo congiunto degli indicatori che riguardano i ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete mellito e per asma bronchiale negli

adulti. La rilevazione dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale. Infatti questi ricoveri possono essere considerati potenzialmente evitabili in presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali, che pro-attivamente gestisca l'assistito e che quindi programmi e organizzi tempestivamente nelle varie sedi territoriali e ospedaliere le tappe dei percorsi assistenziali volti a ridurre al minimo i ricoveri ordinari. Inoltre la lettura congiunta dei valori dei ricoveri per queste patologie cronico-degenerative, può rappresentare un primo elemento per la valutazione complessiva dell'intero sistema di assistenza primaria a livello nazionale, regionale e aziendale. Nel triennio 2001-2003, in Italia il tasso standardizzato medio annuo di ricoveri per asma per 1.000 adulti residenti è stato pari a 0,25 e 0,54, per diabete ogni 1.000 adulti residenti: per queste categorie si evidenzia un gradiente geografico Sud-Nord di ricoveri potenzialmente evitabili. In particolare, le Regioni in cui si registrano, per le due patologie, tassi standardizzati di ricovero superiori al valore medio nazionale sono Puglia, Sicilia, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Provincia di Bolzano e Abruzzo. Nella situa-

zione opposta si collocano Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Valle d'Aosta e Marche. Le altre presentano valori intermedi.

Un altro ambito preso in considerazione dal rapporto Osservasalute 2005 è per il quale è fondamentale lo sviluppo di una forte integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e socio-assistenziali è quello della salute mentale. I dati epidemiologici relativi alla prevalenza di malattie mentali sono purtroppo lacunosi soffrendo della mancanza di registri di patologia standardizzati su tutto il territorio nazionale. Studi su base campionaria indicano tuttavia come il fenomeno sia rilevante e in aumento, anche senza tener conto dei disturbi psichiatrici correlati all'abuso di sostanze. Tra gli indicatori utilizzati nel rapporto per descrivere, seppur indirettamente, la rilevanza della patologia psichiatrica e le differenze emergenti tra le Regioni, si evidenziano il tasso di suicidio e il tasso di ospedalizzazione. Il tasso nazionale d'incidenza di suicidio è stimato, dalle elaborazioni Istat più recenti (2002), pari a 6,9 casi per 100.000 abitanti (10,7 per i maschi e 2,7 per le femmine), e appare in calo rispetto alle rilevazioni precedenti. I tassi crescono con l'aumentare dell'età, tanto che la classe di età più interessata è quella relativa agli over 75 anni, in entrambi i sessi. Il tasso standardizzato per età indica una maggiore incidenza di suicidi

di nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud (con le rilevanti eccezioni di Sardegna e Liguria). Relativamente al tasso di ospedalizzazione è bene sottolineare come questo soffra della mancanza di dati relativi alla frequenza di patologia psichiatrica: non siamo infatti in grado di valutare se un più alto utilizzo dell'ospedale corrisponda a una reale maggiore necessità della popolazione piuttosto che a una carenza di servizi territoriali.

Pur tuttavia la validità dei dati presentati come indicatore proxy della attività dei servizi territoriali, è degna di rilievo: i dati, a una verifica oggettiva con la numerosità dei servizi esistenti per Regione, sembrano ricalcare i diversi modelli di approccio alla patologia psichiatrica. Le Regioni che presentano tassi elevati di ospedalizzazione sono quelle che presentano valori inferiori alla media italiana rispetto all'attivazione di centri diurni per il trattamento dei pazienti e la conseguente prevenzione di ospedalizzazione. I tassi grezzi relativi al trattamento di patologie psichiatriche in regime di ricovero mostrano, in Italia, una sensibile riduzione dal 1999 al 2002 (ultimo dato disponibile): il valore medio nazionale passa infatti dal 52,15 al 50,98 per 10.000 abitanti. Campania, Umbria, Marche, Puglia e Friuli presentano i tassi più

bassi (fino a valori inferiori del 40% alla media nazionale). Non in tutte le Regioni, tuttavia, si assiste a questo fenomeno: i dati di Valle d'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna propongono un'inversione di tendenza.

Una lettura comparata tra dati strutturali e di processo evidenzia come il modello dipartimentale soffra ancora di problemi legati a una disomogeneità, nel territorio nazionale, del potenziamento delle strutture non ospedaliere. Queste potrebbero limitare i fenomeni di lunghe ospedalizzazioni ed episodi di nuova cronicità e della discontinuità e/o disomogeneità delle attività di collegamento/integrazione fra i servizi psichiatrici territoriali e gli altri presidi pubblici e privati, le associazioni di volontariato e il privato sociale nel garantire la continuità terapeutica nei progetti di cura e riabilitazione.

Gianfranco Damiani

Docente Istituto di Igiene
Università Cattolica di Roma

Roberta Siliquini

Docente Istituto di Igiene
Università degli studi di Torino
Membro della segreteria scientifica
dell'Osservatorio nazionale
sulla Salute nelle Regioni Italiane

Esaminati i ricoveri per diabete e asma

Basilicata



Oncologia: i nuovi casi di tumore nel 2005 sono 2.300 (1.300 uomini e 1.000 donne) con un tasso standardizzato di 318 e 225 ogni 100mila uomini e donne. Gli screening mammografici nel 2002-2003 hanno raggiunto il 100% delle donne nella fascia di età 50-69. 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 per cento. Questi numeri sono tra i più bassi in Italia.

Anziani: gli over 65 sono cresciuti del 19,3%, gli over 75 sono l'8,7% della popolazione. Malattie infettive: nel 2004 si registrano 7 nuovi casi di Aids con un tasso standardizzato di 2,9 casi per 100mila ab.. Il tetano mostra nel 2003 un azzeramento dei casi, valore già raggiunto nel 1994.

Dipendenze da sostanza: 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 per cento.

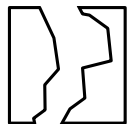
Mortalità infantile: il tasso standardizzato per 1.000 ab. è di 6,9 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è di -5,5 per cento. Ivg: nel 2003 ce ne sono state 7,5 ogni 1.000 donne, il tasso più elevato tra 25 e 29 anni (11,2). Cesarei: nel 2003 erano il 22,4% con un +2,5% rispetto al 1998.

Tecnologia: il peso delle tecnologie tra 2002 e 2003 è passato da 1,05 a 1,37.

Formazione: la spesa pro capite per dipendenti Asl nel 2002 è stata di 166 € contro i 365 del 2001; nelle Ao è stata di 498 € contro i 501 del 2001.

Disavanzo sanitario pubblico: la quota pro capite 2001-2003 è di -185,45 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite è di 221,66 €. Non ci sono ticket. Rating: Moody's ha dato A1.

Calabria



Oncologia: sono 6.400 i casi 2005 (3.500 uomini e 2.900 donne) con un tasso standardizzato di 275 e 202 ogni 100mila uomini e donne, tra i migliori italiani.

Anziani: over 65 in crescita del 17,6 per cento. Over 75 a quota 160mila pari al 7,9% della popolazione.

Malattie infettive: nel 2004 i nuovi casi di Aids sono 12, il tasso standardizzato è di 2,92 ogni 100mila abitanti. Il tetano nel 2003 fa registrare 0,04 casi su 100mila abitanti (0,09 nel 1994). Nessun caso di sifilide notificato nel 2002: la Calabria è l'unica regione a ottenere questo risultato. Marcata in Calabria anche la riduzione dei casi di gonorrea (-20% contro il -14,06% italiano).

Dipendenza da sostanza tra i 15 e i 19 anni: 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 per cento.

Mortalità infantile: il tasso standardizzato 2002 è di 4,9 ogni 1.000 abitanti, la variazione media annua 1990-2002 è -5 per cento. Ivg: nel 2003 erano 6,6 ogni 1.000 donne, con 9,4 tra quelle comprese fra 30 e 34 anni. Cesarei: nel 2003 erano il 39,7%, +5,5% rispetto al 1998.

Tecnologia: il suo peso tra 2002 e 2003 passa da 2,23 a 2,17.

Formazione: la spesa pro capite per i dipendenti Asl nel 2002 è di 241 € contro i 423 del 2001; nelle Ao è di 68 € contro i 92 del 2001.

Disavanzo sanitario pubblico: il valore pro capite per il 2001-2003 è di -168,82 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite tocca i 252,02 €. Da settembre sono stati aboliti i ticket. Rating: Fitch ha dato A+, Moody's A2.

Sicilia



Oncologia: nel 2005 ci sono 15.650 nuovi casi (8.750 uomini e 6.900 donne) con un tasso standardizzato di 287 e 191 ogni 100mila uomini e donne. Enna la provincia con la più bassa mortalità per tumori in Italia (23,2 per gli uomini rispetto al dato italiano di 33,8 e 12,6 per le donne contro il 17,3 nazionale). Ma il dato è particolarmente basso in tutte le

province siciliane, complessivamente molto inferiore a quello nazionale. Le donne tra 50 e 69 anni in programmi di screening mammografici sono il 10% nel 2003 (12,5 nel 2002).

Anziani: gli over 65 sono cresciuti del 17,4%, gli over 75 sono il 7,9% della popolazione, circa 396mila.

Malattie infettive: nel 2004 ci sono 35 casi di Aids (2,89 ogni 100mila abitanti). Il tetano si attesta nel 2003 su 0,02 casi per 100mila abitanti restando invariato rispetto al 1994.

Dipendenze da sostanza tra 15 e 19 anni: 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 per cento.

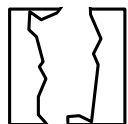
Mortalità infantile: nel 2002 il tasso per 1.000 abitanti è di 6,6 con una variazione media annua 1990-2002 di -4,8 per cento. Ivg: nel 2003 sono state 7,6 ogni 1.000 donne. Il valore più elevato tra 25-29 anni (11,1). Cesarei: nel 2003 erano il 47,9%, +11,3% rispetto al 1998.

Tecnologia: il peso delle tecnologie è passato da 1,50 nel 2002 a 1,67 nel 2003.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per dipendenti Asl si è attestata su 0,22 € (non sono disponibili i dati 2001) e nelle Ao sullo 0,07.

Disavanzo sanitario pubblico: la cifra pro capite negli anni 2001-2003 è di -116,03 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite tocca i 287,52 €. I ticket vanno da 2 a 4 €. Rating: Moody's da una valutazione A1.

Sardegna



Oncologia: i nuovi casi di tumore 2005 sono 6.200 (3.350 uomini e 2.850 donne) con un tasso standardizzato di 333 casi ogni 100mila uomini e 241 ogni 100mila donne. Non disponibili i dati sugli screening mammografici 2002-2003.

Anziani: gli over 65 sono aumentati del 16,7%, gli over 75 rappresentano il 7,4% della popolazione e sono circa 122mila. La Regione detiene la percentuale più bassa di persone anziane che vivono da sole.

Malattie infettive: nel 2004 ci sono 17 casi nuovi di Aids con un tasso standardizzato pari a 3,12 casi per 100mila abitanti. Sono invece nulli i casi di tetano, così come lo erano nel 1994.

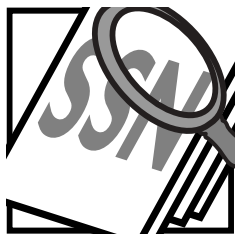
Dipendenze da sostanza tra i 15 e i 19 anni: cannabinoidi: ragazzi 36,1% e ragazze 21,7%; cocaina: ragazzi 7,2% e ragazze 3,9%; eroina: ragazzi 5,3% e ragazze 2,1%; allucinogeni: ragazzi 5,0% e ragazze 3,7%; stimolanti: ragazzi 5,1% e ragazze 2,0 per cento.

Mortalità infantile: il tasso standardizzato 2002 per 1.000 abitanti è di 3,6 mentre la variazione media annua 1990-2002 è di -5,9 per cento. Ivg: nel 2003 erano 5,8 per 1.000 donne con il valore maggiore tra 20 e 24 anni (7,9). Cesarei: nel 2003 erano il 36,7% con un aumento del 10,7% rispetto al 1998.

Tecnologia: il peso della tecnologia tra 2002 e 2003 è sceso da 1,72 a 1,69.

Formazione: nel 2002 la spesa pro capite per i dipendenti Asl si attesta sui 55 € contro i 66 del 2001; nelle Ao si passa dai 61 € del 2001 ai 29 del 2002.

Disavanzo sanitario pubblico: la quota pro capite 2001-2003 è di -102,8 €. La spesa farmaceutica lorda pro capite si aggira sui 246,88 €. Non ci sono ticket. Rating: Moody's ha dato A2.



CENSIS/ Italiani favorevoli al decentramento, ma denunciano un calo dei servizi

Il federalismo non cura l'Italia

Il 60% dice sì alla devolution - Per il 26% le prestazioni sono peggiorate

Per gli italiani è la Regione a dover gestire la programmazione sanitaria perché solo questa è in grado di promuovere una Sanità più vicina ai cittadini. Ma se si chiede di giudicare le performance delle Regioni e dei loro servizi sanitari negli ultimi 2 anni - in tempi di federalismo imperante - la risposta è altrettanto chiara: la qualità dell'assistenza non è migliorata. Anzi è anche peggiorata per almeno un quarto degli italiani. Insomma, dalla devolution sanitaria non si torna indietro, ma finora il decentramento non ha fatto poi così tanto bene alla Sanità italiana.

Questi e tanti altri "avvertimenti" sono contenuti nel dettagliatissimo «Monitor biomedico 2006» realizzato dal Forum per la ricerca biomedica del Censis, dal titolo: «Il valore della prossimità nella Sanità del futuro» e presentato questo martedì a Roma. «La Sanità è seduta - spiega l'indagine condotta sulle opinioni di mille italiani -, ferma, non produce nei cittadini la sensazione che stia camminando verso sentieri di miglioramento della propria capacità operativa, e questo è sicuramente un dato molto rilevante visto, appunto, la proliferazione di proposte e piani finalizzati all'innalzamento della qualità».

Il Ssn non migliora, anzi. Richiesti di valutare in generale l'evoluzione del Ssn della propria Regione negli ultimi due anni quasi il 51% degli intervistati ha dichiarato che non ha subito mutamenti, il 26,6% parla di un peggioramento e il 22,5% di un miglioramento. Il dato riassuntivo, quindi, esprime sostanziale stabilità, con una lieve prevalenza della percezione di peggioramento, come se il Ssn malgrado le numerose consistenti sollecitazioni sul piano istituzionale, programmatico e dei piani d'azione annunciati, sia a livello nazionale che regionale, fosse insabbiato, per i cittadini, «in una mediocre stabilità che, però, pende verso il peggio», avverte il Censis. Il dato medio nazionale, però, si differenzia fortemente per area geografica, infatti se in tutte e quattro le aree geografiche prevale la quota di persone (pari a circa il 50% degli intervistati) che ha rilevato sostanziale stabilità, per le quote di coloro che hanno percepito peggioramenti o miglioramenti emerge che: al Nord-Est e, soprattutto al Centro prevale la percezione positiva; al Nord-Ovest e al Sud-Isole è prevalente la quota di persone che valutano negativamente l'andamento dell'ultimo biennio.

Le valutazioni sulle performance degli ultimi due anni vanno comunque - secondo il Censis - «inquadrate nel contesto strutturale in cui sono espresse». I dati evidenziano, infatti, che i cittadini considerano in maggioranza come adeguati i servizi sanitari oltre che al Nord-Est (29,4%) e al Centro (+31,1%), anche al Nord-Ovest (+19,7), mentre al Sud-Isole (-15,2) sono in maggioranza coloro che, invece, ritengono che i servizi sanitari non siano adeguati. È quindi importante precisare che per i cittadini del Nord-Ovest nell'ultimo biennio «le cose non sono andate come si attendevano, ma l'offerta di cui dispongono viene considerata, strutturalmente, adeguata alle esigenze sanitarie locali». Questo immobilismo del Ssn ha coinciso anche con una percezione della riduzione dell'adeguatezza dell'offerta. Infatti, se la medicina generale (71,4%), il Pronto soccorso (53,2%), il ricovero ordinario (52,3%) e il day hospital (52,4%) conservano quote di sostenitori della loro adeguatezza superiori alla metà del campione, non altrettanto si registra per la medicina specialistica (il 49,5% ritiene la sua offerta adeguata alle esigenze dei cittadini) e per i servizi domiciliari (35,8%); e, soprattutto, nel biennio 2003-2005 si registra una contrazione degli italiani che valutano i diversi servizi come adeguati, con una punta del -7,3% per la medicina specialistica. Si tratta di dati che «indirettamente confermano - aggiunge il Censis - come i cittadini non solo non percepiscano miglioramenti sostanziali dell'offerta, ma piuttosto

Adeguatezza dei servizi sanitari (%)					
Secondo lei, i servizi sanitari della sua Regione sono:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
• adeguati	55,1	59,8	59,7	37,2	50,7
• inadeguati	35,4	30,4	28,6	52,4	39,0
• non so	9,5	9,8	11,7	10,4	10,3

Fonte: per tutte le tabelle indagine Censis 2006

Le performance negli ultimi due anni (%)					
Il servizio sanitario della sua Regione negli ultimi due anni è:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
• migliorato	20,8	26,3	29,1	17,9	22,5
• peggiorato	28,1	24,7	19,4	30,5	26,6
• rimasto uguale	51,1	49,0	51,5	51,6	50,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Diff. migliorato/peggiato	-7,3	+1,6	+9,7	-12,6	-4,1

Favorevoli all'attribuzione di più compiti alle Regioni (%)					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
• 2002	67,8	66,3	49,8	45,3	56,3
• 2003	71,4	71,9	56,7	38,8	56,9
• 2004	58,9	57,9	62,7	49,8	56,3
• 2006	64,3	67,1	64,9	49,5	59,8
Differenza % 2002-2006	-3,5	+0,8	+15,1	+4,2	+3,5

Le ragioni per una maggiore responsabilità regionale (%)					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Favorevoli perché:	64,3	67,1	64,9	49,5	59,8
• sono un fatto positivo per una Sanità più vicina alla popolazione	50,5	44,4	40,4	33,6	41,5
• responsabilizza i vari soggetti della Sanità	10,9	19,6	18,4	13,3	14,8
• c'è differenza nella Sanità delle Regioni	2,9	3,1	6,1	2,6	3,5
Contrari perché:	24,8	21,1	29,0	37,2	29,2
• si accentuano le disparità	12,8	5,7	11,7	17,9	13,0
• i costi dei cittadini diventano eccessivi	9,1	8,2	11,2	9,8	9,6
• generano diversità di contribuzione nelle Regioni	2,9	7,2	6,1	9,5	6,6
Altro	0,7	1,0	-	0,3	0,5
Non so	10,2	10,8	6,1	13,0	10,5

I principali problemi del Ssn (%)					
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Lunghezza liste di attesa	74,4	75,5	56,5	63,6	67,5
Malasanità	31,6	20,8	26,7	39,6	31,3
Cattiva organizzazione dei servizi	32,3	28,6	21,5	30,2	28,8
Edifici inadeguati	21,1	26,6	27,7	26,1	25,2
Inadeguatezza servizi sul territorio	14,7	12,5	18,3	18,5	16,3
Inadeguata professionalità operatori	16,5	15,1	12,0	17,9	15,9
Apparecchiature e tecnologie obsolete	10,5	13,5	16,8	16,1	14,2

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Un fondo per la non autosufficienza (%)					
Sarebbe favorevole all'istituzione di un Fondo per finanziare i servizi e le prestazioni per i non autosufficienti?	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	≥ 65 anni	Totale
• Sì	83,0	84,2	72,9	78,4	81,1
• No	17,0	15,8	20,8	21,6	18,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Come finanziare il Fondo (%)					
Come ritiene si debba finanziare un Fondo per i servizi ai non autosufficienti	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Utilizzando una quota dell'attuale spesa sanitaria	62,9	51,0	58,4	54,8	57,1
Con la contribuzione volontaria di quanti sono interessati	16,3	27,0	23,0	28,0	23,6
Con una nuova tassa di scopo	11,4	13,5	14,3	11,2	12,3
Con polizze assicurative	9,4	8,5	4,3	6,0	7,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

tosto vivano un'erosione lenta, ma certa, dell'adeguatezza della Sanità». Se l'area geografica di appartenenza è così importante nel definire la qualità dei servizi ai quali si accede, gli italiani sono tutti uguali di fronte al problema primario del Ssn: la lunghezza delle liste di attesa. È il 67,5% a indicare tale problema come il principale e si oscilla tra un minimo del 56,5% tra i residenti al Centro e un massimo del 75,5% al Nord-Est, mentre al Sud-Isole la questione è richiamata dal 63,6% e al Nord-Ovest dal 74,4 per cento. «Non è improbabile - spiega lo studio - che sia questo uno degli aspetti che più pesa sulla valutazione poco positiva sulle performance globali del servizio sanitario nell'ultimo biennio». Ben distanziati, ma comunque indicati da quote non irrilevanti di intervistati, gli episodi di malasanità (il 31,3% degli intervistati, il 39,6% nel Sud-Isole), la cattiva organizzazione dei servizi (il 28,8%, valore massimo il 32,3% al Nord-Ovest) e gli edifici sanitari inadeguati (il 25,2%, il 27,7% al Centro).

Più responsabilità alle Regioni. Un dato «sicuramente interessante e innovativo» riguardo alle valutazioni dei cittadini riguarda gli assetti istituzionali della devolution e, più precisamente, l'attribuzione alle Regioni di maggiori responsabilità in Sanità: l'analisi dell'evoluzione dei favorevoli alla regionalizzazione tra il 2002 e il 2006 evidenzia che sono passati dal 56,3% al 59,8%, con un incremento del +3,5 per cento.

Nel periodo 2002-2006 la quota di favorevoli è diminuita al Nord-Ovest (-3,5%, con una percentuale del 64,3% nel 2006), è rimasta praticamente stabile al Nord-Est (+0,8%, 67,1%), ed è cresciuta di molto al Sud-Isole (+4,2%, 49,5%) e, soprattutto, al Centro (+15,9%, 64,9 per cento). In sintesi - segnala il Censis -, sono due gli aspetti più interessanti: il primo è che ormai è consolidata la positiva valutazione degli italiani relativamente all'attribuzione alle Regioni della piena responsabilità sul Servizio sanitario; il secondo è che il «federalismo pragmatico, non vertenziale è ormai quello che domina e che trova la sua piena espressione nel consenso crescente dei cittadini del Centro». In altre parole, è proseguito quel trend di «ridefinizione geografica» del supporto alla devolution che, mentre è rimasto stabile o ha ridotto la sua vigenza al Nord, ha messo radici solide al Centro e ha scavato bene bene anche al Sud tanto da essere prossimo a conquistare la maggioranza dei consensi anche lì.

D'altro canto si conferma anche la necessità di un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato: sono d'accordo oltre il 66% degli intervistati, quota che raggiunge il suo picco tra i residenti al Sud-Isole (73,4%). Rispetto al 2003 si registra un rialzo dei favorevoli alla perequazione centralizzata di oltre 12 punti percentuali. «Se quattro anni fa la devolution era fondamentalmente una rabbiosa richiesta di autonomia d'azione da parte delle Regioni del Nord, essa - spiega il Censis - si è progressivamente trasformata in una voglia di gestire, sia pure in modo ampio, gli aspetti della Sanità che più direttamente incidono sui cittadini, senza arrivare a forme di autarchia sanitaria e/o finanziaria».

Infine nell'indagine del Forum per la ricerca biomedica non mancano interessanti spunti sul tema sempre caldo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: oltre l'81% degli italiani è favorevole alla costituzione di un Fondo ad hoc.

Ma sul tema delicatissimo delle possibili forme di finanziamento di questo Fondo gli italiani si spaccano: oltre il 57% degli italiani ritiene che occorra ritagliare una quota dell'attuale spesa sanitaria per finanziarla, mentre è il 23,6% a parlare di contribuzione volontaria per chi decide di aderire e solo il 12,3% punta su una nuova tassa di scopo.

Un Paese di anziani Ma è boom di tumori

Presentato il rapporto sulla salute e la qualità dell'assistenza sanitaria. Aumenta l'aspettativa di vita ma anche l'incidenza dei tumori.

Uomini e donne condividono un'unica buona notizia:

è aumentata ulteriormente l'aspettativa di vita in Italia. Così 200 ricercatori distribuiti in tutto il Paese hanno confrontato dati e statisti-

che analizzato ricerche e questionari e hanno tirato le somme: se l'Italia è un Paese di anziani (con la quota di persone tra i 65 e i 75 e più anni tra le più alte del mondo) l'aspettativa di vita continua a crescere: 76,5 anni per gli uomini e 82,5 per le donne. Record a Rimini e Macerata per gli uomini: 78,2 anni, e ad Ancona per le donne, con 83,9 anni.

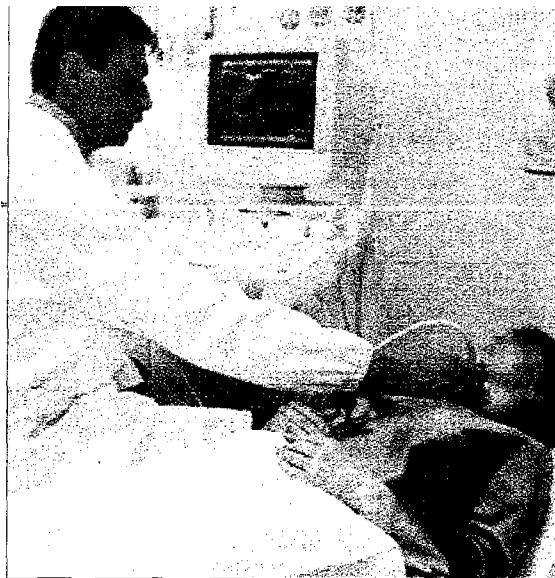
Le malattie oncologiche

Ed ecco la cattiva notizia: il numero assoluto di decessi per tumore è andato costantemente aumentando negli ultimi trent'anni anche se questa crescita è accompagnata, ma solo nell'ultimo decennio, a una riduzione del rischio di decesso. S.D.

Le donne vivono in media sei anni in più degli uomini.

Regione	Mortalità maschi	Mortalità femmine
LE MIGLIORI		
Abruzzo	28,8	14,6
Molise	27,8	13,7
Sicilia	27,9	15,4
Basilicata	26,4	14
Calabria	25,7	13,7
LE PEGGIORI		
Lombardia	39,5	19,3
Friuli Venezia Giulia	38,4	19,6
Valle d'Aosta	37,4	19,4
Veneto	36,8	17,6
Trentino Alto Adige	35,7	18,0

Mortalità per tumori divisi per sesso. Media del triennio 1999-2001. Tassi standardizzati (per 10mila) con la popolazione italiana del 1991. La media nazionale per i tumori (mortalità maschile) è 33,8 per diecimila. Per quella femminile, sempre per mortalità per tumore, il tasso è 17,3. Da notare il tasso del Piemonte, 18,3, ed Emilia Romagna: 18,2.



IL RAPPORTO EVIDENZIA l'importanza di uno screening costante e regolare. (Infophoto)



LAZIO NORD

**Si allunga
la vita,
meno morti
per tumore**

ROMA — L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma, ha diffuso pochi giorni fa i dati di una lunga ed accurata indagine. Oggetto del dossier, lo stato di salute degli italiani, suddiviso per regione. Dall'inchiesta è emerso come nel Lazio si confermi un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. I numeri della lunga indagine sono relativi al 2001, ed il raffronto è stato effettuato rispetto al triennio 1991-93. Innanzitutto va detto come il trend più significativo (confermato dall'analisi dell'Osservatorio) è rappresentato dal fatto che le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati 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 esisten-

te agli inizi degli anni '90. Tra le provincie del Lazio, la vita media più alta tra gli uomini è detenuta da Roma (76,6 anni), la più bassa è a Latina (75,8). Le donne con l'aspettativa di vita più lunga sono le ciociare (82,9). Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a fare la parte del leone. Tra i maschi la loro incidenza è particolarmente elevata a Latina e Frosinone (43,7%), come anche tra le femmine, dove però il tasso di mortalità è inferiore (31,2%). In calo la percentuale di morti dovute ai tumori. Tra gli uomini il dato risulta evidente specialmente a Viterbo e Roma (-5%), mentre il fenomeno è ridotto a Latina (-2,6%) e Rieti (-1,8%). In controtendenza Frosinone, dove l'incidenza mortale dei tumori è cresciuta nell'ultimo decennio dell'1,2%. L'indagine è stata realizzata con il contributo 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 e dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

LAZIO SUD

**Aspettativa
di vita in crescita
calano le morti
causate da tumori**

ROMA — L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma, ha diffuso pochi giorni fa i dati di una lunga ed accurata indagine. Oggetto del dossier, lo stato di salute degli italiani, suddiviso per regione. Dall'inchiesta è emerso come nel Lazio si confermi un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. I numeri della lunga indagine sono relativi al 2001, ed il raffronto è stato effettuato rispetto al triennio 1991-93. Innanzitutto va detto come il trend più significativo (confermato dall'analisi dell'Osservatorio) è rappresentato dal fatto che le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati 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 esisten-

te agli inizi degli anni '90. Tra le provincie del Lazio, la vita media più alta tra gli uomini è detenuta da Roma (76,6 anni), la più bassa è a Latina (75,8). Le donne con l'aspettativa di vita più lunga sono le ciociare (82,9). Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a fare la parte del leone. Tra i maschi la loro incidenza è particolarmente elevata a Latina e Frosinone (43,7%), come anche tra le femmine, dove però il tasso di mortalità è inferiore (31,2%). In calo la percentuale di morti dovute ai tumori. Tra gli uomini il dato risulta evidente specialmente a Viterbo e Roma (-5%), mentre il fenomeno è ridotto a Latina (-2,6%) e Rieti (-1,8%). In controtendenza Frosinone, dove l'incidenza mortale dei tumori è cresciuta nell'ultimo decennio dell'1,2%. L'indagine è stata realizzata con il contributo 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 e dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

STATISTICHE Anziani sempre in crescita: un residente su quattro ha più di 65 anni
Liguria sempre più canuta. Ma serena
Il rapporto 2005 di "Osserva salute": è la regione d'Italia col minor tasso di suicidi



In due anni gli anziani in Liguria sono diventati il 26 per cento

Una regione con i capelli bianchi, ma ancora "serena", tanto da avere il più basso tasso di mortalità per suicidio in Italia. La Liguria è sempre più fatta in gran parte di anziani che vivono sempre più a lungo, ma che troppo spesso rimangono soli e preoccupati della perdita del proprio ruolo sociale. Questo il quadro della nostra regione disegnato dal Rapporto "Osservasalute 2005", un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle regioni italiane, presentato ieri al Policlinico Agostino Gemelli di Roma dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute e coordinato da Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Ma ecco le cifre, che sembrano dimostrare come la serenità sia l'arma vincente dei liguri. Prima di tutto la nostra regione ha complessivamente il più basso tasso di mortalità per suicidio in Italia: secondo i dati relativi al 2002, 0,84 per gli uomini e 0,14 per le donne a fronte di un dato nazionale rispettivamente dell'1,07 e 0,27. apparentemente questo dato contrasta però con un altro: l'avanzata della solitudine, che ormai interessa grandissime fasce tra quanti sono più avanti con gli anni. In base alle informazioni del 2004, tra Ventimiglia e Sarzana sarebbero circa 109 mila le famiglie di "single" non conviventi formate da

over 65 che costituiscono il 14,5 per cento delle famiglie liguri. Sopra i 75 anni i "single", quasi sempre per vedovanza, sono ancora moltissimi. Gli over 75 "soli" sono 75 mila con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 pari a più 1,2. Costituiscono il 9,9 per cento del totale delle famiglie liguri. Confermato, pur se l'aumento della vita media interessa soprattutto i maschi, che le donne liguri vivono più a lungo: l'84,3 per cento dei "single" anziani è donna.

L'età media, infine, aumenta sempre di più. In Liguria gli ultra sessantacinquenni sono un quarto del totale: l'aumento dal 2002 al 2004 è del 26,3 per cento, pari a circa 415 mila nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è pari al 12,8 per cento della popolazione pari a circa 202 mila persone. Un'altra dimostrazione della "crescita lenta" della popolazione ligure viene dal saldo tra nati e morti. Nel periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio (cioè legato all'arrivo di "nuovi" abitanti) dei residenti è di 4,7 ogni mille abitanti; il saldo naturale, cioè il rapporto tra nascite e morti è negativo (-6,3); il saldo migratorio è più 11. In Italia, nello stesso periodo, il saldo medio annuo totale naturale e migratorio dei residenti è più 8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è meno 0,3; il saldo migratorio è più 8,7 per 1.000 abitanti.

Federico Mereta

Inversione di tendenza: ora è lui il più attento alla salute

■ (r.s.) Maschi italiani più sani delle donne: nell'aspettativa di vita conquistano, da 1998 al 2001, 2,1 anni contro gli 1,6 di lei. Lo dice il rapporto "Osservasalute". Come spiega il direttore dell'Istituto di igiene del Gemelli di Roma, gli uomini cominciano a smettere di fumare e si impegnano nell'attività fisica. Le donne invece, hanno cattive abitudini, come fumo e dieta scorretta. Sono svantaggiate, inoltre, da servizi sanitari non soddisfacenti nella prevenzione dei tumori. L'Italia si conferma inoltre un Paese di anziani: un quinto dei residenti ha superato i 65 anni di vita e poco meno di 1 su 10 i 75. Mentre i due "big-killer" del Paese sono le malattie cardiovascolari e i tumori.



RAPPORTO OSSERVASALUTE 2005 *I punti deboli per loro sono la scarsa prevenzione e il vizio del fumo*

Gli uomini vivono meglio delle donne

Hanno abitudini molto più salutari rispetto al gentil sesso

Un altro dato
che emerge è che
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.
Il rapporto è frutto
del lavoro di oltre 200
ricercatori distribuiti
su tutto il territorio

Gli uomini italiani hanno abitudini di vita più sane rispetto alle donne. È quanto emerge dal rapporto 'Osservasalute 2005', presentato questa mattina al Policlinico Gemelli di Roma. Dal rapporto emerge anche che in Italia aumentano le aspettative di vita per entrambi i sessi: 76,5 anni gli uomini, 82,5 le donne. C'è, dunque, 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 dello 0,5 il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente. "La differenza sugli stili di vita - ha spiegato Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto d'igiene dell'Università Cattolica di Roma - da uomini e donne è dettata da alcuni fattori ben precisi: gli uomini, per esempio, hanno smesso prima di fumare e inoltre, rispetto alle donne, fanno più attività fisica". 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. Questo uno dei dati che emerge dal rapporto 'Osserva Salute' presentato questa mattina al Policlinico Gemelli di Roma. Secondo il rapporto, un quinto dei residenti italiani ha ormai superato il 65esimo compleanno e poco meno di un decimo il 75esimo. La quasi totalità delle Regioni del Nord-Est e del Centro, l'Abruzzo, il Molise, il Piemonte e soprattutto la Liguria presentano quote di anziani superiori al 20% del totale dei residenti. Il rapporto 'Osserva Salute' 2005 è frutto del lavoro di oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano. Per quanto riguarda le aspettative di vita dal rapporto si evince 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. Secondo lo

studio il gradiente Nord-Sud perde in parte la sua unicità di significato su un fronte molto importante come quello dello screening dei tumori. "La Basilicata - spiega il dottor Pietro Folino Gallo, segretario scientifico dell'Osservatorio - è nel Sud in assoluto all'avanguardia, 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 ancora costituisce la prima causa di morte nelle donne tra i 35 e i 69 anni". Quello che emerge dal rapporto 2005 non è solo il consueto divario Nord-Sud - spiega il professor Walter Ricciardi - ma uno scenario più complesso e variegato. Emergono cioè i dati positivi complessivi che sottolineano come le performances del nostro sistema sanitario nazionale siano buone, in alcune Regioni e in alcuni settori addirittura eccellenti. Ma - aggiunge - se è necessario che questo livello di qualità sia riconosciuto e reso noto a tutti, è importante 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".

Uomini più salutisti e curati delle donne

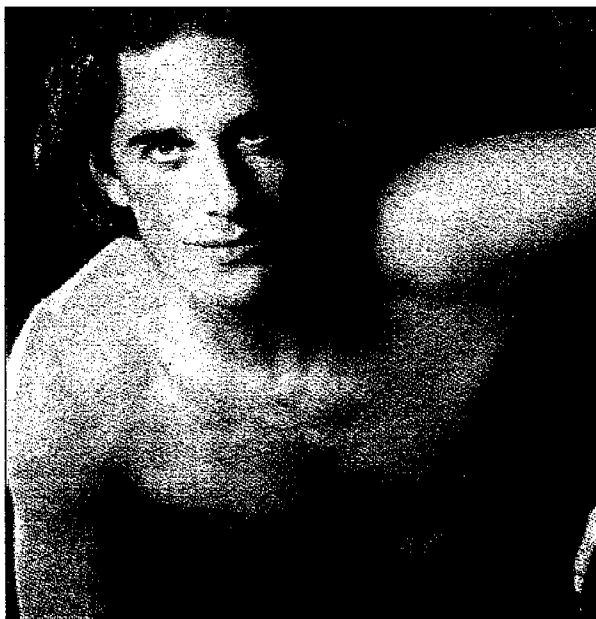
Gli uomini italiani si curano più delle donne, hanno stili di vita migliori e i risultati si vedono: in tre anni hanno guadagnato 2,1 anni di aspettativa di vita contro soltanto 1,6 delle donne.

a pagina 7

Salute, uomini più attenti delle donne Dieta, sport e vita che si allunga

ROMA - Adesso gli uomini italiani non saranno più famosi soltanto per charme e simpatia: gli "azzurri" vincono una medaglia d'oro anche per l'attenzione che dedicano alla loro salute.

Una ricerca ha infatti svelato che i maschi italiani hanno imparato a prendersi cura di se stessi molto più di quanto facciano le loro connazionali.



CAMPIONE Luca Toni, 28 anni, simbolo del maschio italiano in salute.

È quanto emerge dal terzo rapporto "Osservasalute 2005", presentato ieri mattina al Policlinico Gemelli di Roma. I risultati dello studio dicono che gli uomini sono più bravi delle donne a tutelarsi dagli acciacchi futuri. Molti signori hanno infatti smesso di fumare e trovano il tempo per svolgere una regolare attività fisica. Le signore sono invece più pigre, non riescono ad affrancarsi dalla schiavitù della sigaretta e sono anche poco attente a tavola. Il risultato? Cresce l'aspettativa di vita per gli uomini e diminuisce un po' per le donne: i primi hanno conquistato dal '98

al 2001 2,1 anni di vita; le donne meno di due anni in più (1,6). Questo vuol dire che i maschi potranno arrivare a 76,5 anni, le loro compagne a 82,5. Si è verificato, dunque, un relativo avvicinamento della speranza di vita

maschile e femminile ma le donne restano più longeve e vivono in media 6 anni in più degli uomini (attualmente il vantaggio è ancora di 6,5 anni). "La differenza negli stili di vita fra uomini e donne - ha spiega-

to Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto d'igiene dell'Università Cattolica di Roma e direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane - è dettata da alcuni fattori ben precisi: gli uomini, per esempio, hanno smesso prima di fumare e inoltre, rispetto alle donne, fanno più sport, soprattutto al Nord". Le donne invece, ha proseguito Ricciardi, "si comportano decisamente peggio in quanto a cattive abitudini, come fumo e dieta scorretta".

Ma il problema non sono solo gli stili di vita, ha precisato l'esperto: le donne, soprattutto in alcune regioni, hanno a disposizione servizi non soddisfacenti per la prevenzione dei tumori al collo dell'utero e alla mammella. "In genere - ha dichiarato Ricciardi - la differenza, per quanto riguarda la prevenzione dei principali tumori femminili, sta nel vivere al Nord o al Sud. Infatti se nelle regioni del Nord sono il 60-70% le donne raggiunte dai servizi di prevenzione - ha continuato Ricciardi - il dato scende al 40-50% al centro e a un basso 6-10% al Sud, fatta eccezione per la Basilicata dove la prevenzione raggiunge il 100% delle donne".

(ANSA, APCOM)



IN TESTA ALLA CLASSIFICA

A Roma si vive di più I segreti sono lo sport e la dieta equilibrata

All'ombra del Colosseo si vive più a lungo. Almeno secondo il rapporto «Osservasalute», presentato ieri al Policlinico Gemelli. Secondo lo studio, nella Capitale aumenta l'aspettativa di vita: gli uomini vivono fino a 76,6 anni mentre per le donne la speranza può arrivare fino a 82,2 anni. In altre parole, dal '93 a oggi, l'aspettativa di vita è aumentata di circa sei anni per entrambi i sessi. La Capitale è in testa alla speciale classifica che coinvolge le altre città della regione. A Viterbo, l'aspettativa di vita per gli uomini è di 76,3 anni, a Rieti è 76,2, Latina 75,8 e Frosinone 76,4.

ANTINI A PAGINA 33

Nella Capitale gli uomini detengono il primato regionale di longevità con più di 76 anni

A Roma c'è l'elisir di lunga vita

di CARLO ANTINI

ALL'OMBRA del Colosseo si vive bene e più a lungo rispetto alle altre città del Lazio. Almeno a sentire il parere degli esperti che hanno stilato il terzo rapporto «Osservasalute», presentato ieri mattina al Policlinico Gemelli.

Secondo lo studio presentato nella sede di via Pineta Sacchetti, nella Capitale sta aumentando l'aspettativa di vita: gli uomini vivono fino a 76,6 anni mentre per le donne che vivono sulle due sponde del Tevere, la speranza

di vita è ancora più lunga e può arrivare anche fino a 82,2 anni. In altre parole, dal '93 a oggi, l'aspettativa di vita è aumentata di circa sei anni per entrambi i sessi. Queste cifre pongono la Capitale in testa alla speciale classifica che coinvolge le altre città della regione. A Viterbo, l'aspettativa di vita per gli uomini è di 76,3 anni, a Rieti è 76,2, Latina 75,8 e Frosinone 76,4.

Analogamente nella Capitale diminuisce la mortalità per malattie

del sistema cardiocircolatorio, tumori e cause violente. È, invece, superiore alla media nazionale l'incidenza di cancro della mammella e

di tumore del polmone. Il rapporto «Osservasalute 2005» è frutto del lavoro di oltre 200 ricercatori sparsi su tutto il territorio nazionale e diretti dal prof. Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane.

«Nella Capitale», spiega il prof. Pietro Folino-Gallo, segretario scientifico dell'Osservatorio - c'è una maggiore attenzione agli stili di vita. Ai primi posti la rinuncia al fumo, una regolare attività fisica e la dieta equilibrata. Sono questi i fattori che incidono per il 60 per cento sulla qualità di vita. Insomma, a Roma i cittadini stanno più attenti».

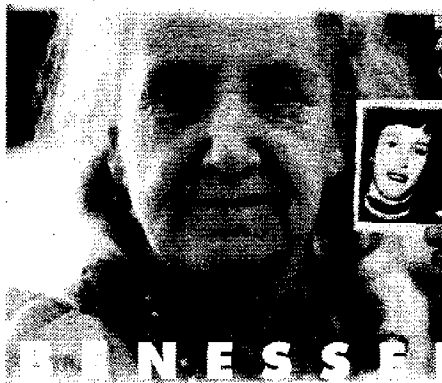
Dallo studio emerge anche un notevole incremento del consumo di sostanze stupefacenti da parte dei giovani in età scolare, tra i 15 e i 19 anni. È sufficiente fare riferimento a

qualche cifra per comprendere le dimensioni del fenomeno. Nel Lazio fanno uso di cannabinoidi il 35,5% dei ragazzi e il 29% delle ragazze. In forte incremento anche l'uso della cocaina: all'ombra del Colosseo, un ragazzo su dieci la assume regolarmente mentre la percentuale scende al 5,5% tra le ragazze. Per quanto riguarda gli allucinogeni, le quote sono del 4% tra i maschi e del 3,1% tra le femmine.

Un capitolo a parte spetta ai parti cesarei che hanno vissuto un notevole incremento negli ultimi anni. Nel Lazio la quota dei cesarei sul totale raggiunge il 37,5%, con un aumento del 2% rispetto al 1998. La nostra regione si pone, dunque, anche al di sopra della media nazionale, ferma al 36,6%. «Sul numero dei cesarei», conclude Folino-Gallo, «incide soprattutto l'età delle gestanti e quindi le relative indicazioni cliniche. Il problema è che a Roma e nel Lazio c'è un numero di cesarei superiore anche alla media nazionale. Insomma siamo di fronte a una medicalizzazione chirurgica di un at-

to naturale. Senza dimenticare che un cesareo espone madre e bambino a una serie di rischi aggiuntivi. Insomma siamo di fronte a un eccesso».



LO STATO DI SALUTE DEI ROMANI


76,6 anni è la speranza di vita alla nascita per un abitante della Capitale. Per le donne l'età sale a 82,2 anni

74,3 anni è l'aspettativa di vita calcolata per i maschi romani nel triennio '91-'93

40,7 è il tasso di mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio ogni 10 mila abitanti (50,3 tra il '91 e il '93)

BENESSERE

35,5% i ragazzi di 15-19 anni che fanno uso di cannabinoidi

9,1% dei ragazzi romani assume regolarmente cocaina (5,5% tra le ragazze)

3,5% il consumo di eroina tra le ragazze (3% tra i ragazzi)



37,5% è la quota di parti cesarei registrati a Roma e nel Lazio sul totale dei parti

2% è l'aumento di parti cesarei rispetto alla quota riferita al 1998

35,6% è la porzione di cesarei a livello nazionale. Roma supera anche la media italiana

P&G Infograph

Il terzo rapporto dell'Osservatorio sulla salute del Gemelli. "Ma la vita si allunga"

Aumentano le donne fumatrici e i giovani che si drogano

CARLO PICOZZA

SONO in crescita il numero dei giovani consumatori di stupefacenti e quello delle donne tabagiste. A farcelo sapere è il terzo rapporto sulla salute nelle regioni italiane redatto dall'Osservatorio dell'università Cattolica del Sacro Cuore. Ma nel Lazio continua a salire anche l'aspettativa di vita: 76,5 anni per gli uomini e 82,5 per l'altra metà del cielo. Quasi due anni in più per i primi e tre per le seconde, rispetto al censimento di un decennio fa.

«I romani vivono più a lungo rispetto ai maschi del resto delle province laziali», spiega il direttore dell'Osservatorio, Walter Ricciardi. «Romane e reatine, invece, sono quelle con l'aspettativa di vita più bassa». «Nella capitale è nel resto della regione», aggiunge Antonio Boccia, ordinario di Igiene alla Sapienza, «aumenta il numero dei giovani consumatori di hashish, marijuana e cocaina». Nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni, la percentuale di ragazzi che consuma cannabinoidi è il 35,5 per cento, mentre sono 29 su cento le ragazze che fumano spinelli. E la

cocaina? «Viene usata dal 9 per cento dei ragazzi e dal 5,5 per cento delle ragazze», spiega Ricciardi. Tra i post-adolescenti fanno capolino anche eroina e allucinogeni: per entrambi i sessi, sono 3 ogni cento a farne uso.

Diminuiscono però i suicidi: quasi uno ogni 10 mila abitanti per gli uomini, lo 0,23 per le donne.

Ma è il tabagismo tra le donne a mietere vittime, spingendo in alto il numero dei tumori a seno e polmoni. Questi ultimi colpiscono 22 donne laziali ogni 100 mila, contro una media italiana di 14. Quasi il doppio. L'incidenza del cancro alla mammella, registra, invece, 107,4 casi ogni 100 mila donne di fronte alla media

italiana di 101,7. Il gentil sesso, insomma, è più restio dei maschi a rinunciare al fumo. «Sono ancora carenti», commenta Boccia, «gli screening diagnostici, dalla mammografia, all'ecografia mammaria, al pap test, ed è carente l'educazione ai corretti stili di vita». Tre anni fa, su 100 donne, erano 28 le tabagiste (la media nazionale si attestava sul 21 per cento). Un primato non invidiabile, che si accompagna a quello delle malattie cardiovascolari, prima causa di mortalità con 28,2 decessi ogni 10 mila abitanti (43,7 per gli uomini). «Ora - spiega Ricciardi - aumenta per entrambi i sessi la mortalità indotta da patologie del sistema cardiocircolatorio, visto anche l'allungamento della vita, mentre è in calo il numero dei casi di cancro al colon-retto. Una diminuzione più consistente di quella media nazionale».



TABAGISTE
Più fumo: più
cancro a seno
e polmoni



NUMERI

214 euro: è la spesa farmaceutica lorda pro capite della Lombardia, con un concorso dei cittadini con ticket da 2 a 4 euro. METRO

Più droga tra i giovani lombardi

MENTRE la popolazione lombarda over 65 aumenta del 18,8% nel triennio 2002-2004 (secondo un'indagine presentata ieri dall'università Cattolica), a preoccupare sono i dati

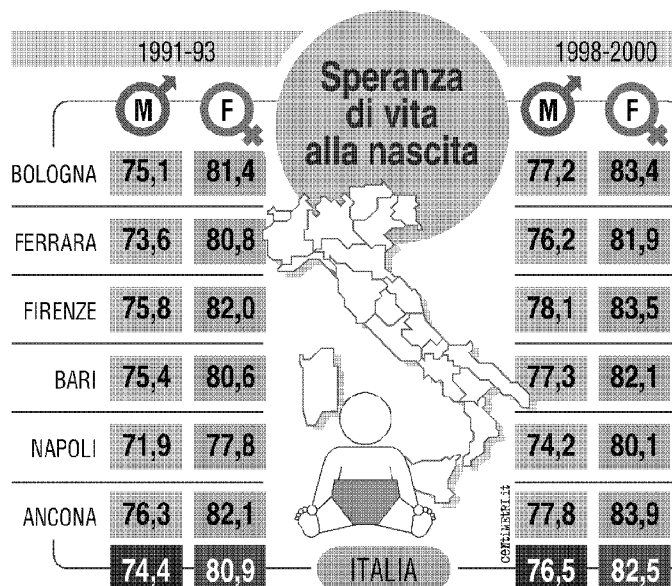
sulla diffusione di droga fra i giovani, più alta in regione che nel resto del Paese. Nella fascia 15-19 anni i cannabinoidi sono il 39,1% fra i ragazzi (contro il 33,1%) e il 29,1% fra le ragazze

(23,3%), cocainomani sono il 6% dei maschi e il 4,3% delle femmine. Eroina (ragazzi 3,5% e ragazze 2,3%) e allucinogeni (ragazzi 7,5% e ragazze 3,2%) le altre droge assunte. METRO



L'INDAGINE

Bologna è tra le città più longeve le donne vivono 83 anni, gli uomini 77



LUCA CINOTTI

UNA bambina che nasce oggi a Bologna vivrà, in media, fino al 2089, un maschietto fino al 2083: più di tutte le altre regioni e ben oltre la media nazionale. I dati sulla stato della salute in Italia contenuti nel rapporto Osservasalute 2005 piazzano Bologna e, in generale, l'intera l'Emilia-Romagna, ai primissimi posti di tutte le classifiche. Particolarmente positivi i raffronti con il biennio 1991-93: nel capoluogo la speranza di vita per i maschi è passata da 75,1 a 77,2, mentre per le ragazze il guadagno è di due anni tondi tondi: da 81,4 a 83,4. Risultati che, con variazioni minime, si ripetono in tutte le province, con Rimini a fare la parte del leone (78,2 anni per gli uomini, 83,6 per le donne).

Altri indizi concorrono a comporre un quadro sostanzialmente positivo: la mortalità infantile è calata del 5% dal 1990 e i ricoveri di bambini sotto l'anno di vita sono solo 451 ogni 1.000 abitanti, contro i 548 dell'intera Italia.

Le tabelle di Osservasalute (elaborate dall'università Cat-

tolica di Roma) danno buone notizie anche sul versante mortalità. Sono in netto calo tutti gli indicatori per le principali cause di morte, con un record assoluto per le malattie cardiovascolari delle donne: 23,5 decessi ogni 10.000, il valore più basso fra tutte le regioni italiane. Anche l'altra grande voce nelle cause di morte, quella dei tumori, ottiene risultati discreti: in dieci anni, dal 1991 al 2001, il tasso di mortalità è passato da 38,4 a 33,6 per i maschi e da 19,9 a 18,2 per le femmine. Purtroppo, in entrambi i casi, il valore rimane più alto rispetto alla media nazionale. A far ritornare un po' di ottimismo c'è quel 100% di donne fra 50 e 69 anni inserite, nel 2004, in un programma di screening mammografico e che promette di far scendere ulteriormente, in futuro, la mortalità per cancro.

Rimangono alcune curiose discrepanze fra provincia e provincia: per fare un esempio, i maschi di Piacenza muoiono di tumore assai più spesso rispetto a quelli di Reggio Emilia. Difficoltà che, spiega il rapporto, hanno le loro radici nelle situazioni ambientali peculiari dei territori in questione.

Nelle pagine del rapporto, tuttavia, ci sono anche delle zone d'ombra. Oltre al già ricordato caso dei tumori, rimangono alti - sopra la media nazionale - anche i valori dei morti per cause violente, particolarmente frequenti nel ferrarese.

In prospettiva, poi, le migliorate aspettative di vita potrebbero creare problemi sul versante dell'assistenza agli anziani. Dal 1991 gli over 65 sono aumentati del 22,7%, mentre gli over 75 (i "vecchi", secondo il vocabolario della statistica) hanno avuto un incremento dell'11%: e ben 152.000 sono quelli che vivono da soli, in stragrande maggioranza (85%) donne.

Ma il dato forse più preoccupante è quello relativo alle droghe: L'Emilia-Romagna è una delle regioni che ha visto l'aumento più significativo nell'uso dei cannabinoidi. E non è una sorpresa scoprire che queste sostanze sono diffuse fra i giovani: il 38% dei ragazzi e il 26,1% delle ragazze fra i 15 e i 19 anni, secondo Osservasalute, sono consumatori di hashish, marijuana e sostanze simili.

IL GOVERNATORE

Formigoni: «Col federalismo fiscale potremo fare ancora meglio»



GOVERNATORE Formigoni

«Risultati positivi grazie al mix tra sanità, settore socio-assistenziale e attenzione alla persona»

● «Gli studi seri e documentati come quello dell'università Cattolica dimostrano quanto andiamo dicendo da tempo, ovvero che la nostra Regione offre agli anziani un'assistenza enormemente superiore rispetto a quella che offrono le altre Regioni». È soddisfatto Roberto Formigoni, presidente della Lombardia, dei risultati messi in luce da «Osservasalute 2005», il rapporto curato da 200 esperti che hanno dato i voti alla sanità nelle diverse regioni. Alla Lombardia va il primato nella risposta più efficace ai bisogni di salute dei cittadini, anche grazie all'eccellente attività di riabilitazione, sugli anziani in particolare. Riparte da qui il governatore: «Basterebbe dire che il numero dei posti letto nelle residenze socio-assistenziali è doppio o triplo rispetto a quello delle altre regioni». Un risultato, spiega, che è stato possibile raggiungere «grazie a una abilissima gestione del bilancio, perché come Lombardia non abbiamo dallo Stato più di quanto abbiano le altre regioni, grazie alla sapienza nel gestire il "mix" tra sanitario e socio-assistenziale e grazie all'attenzione che da sempre diamo alla persona». Formigoni accenna poi alle conseguenze della devoluzione, vista con preoccupazione dai curatori del rapporto. «Se la riforma della Costituzione sarà approvata - e noi ci battiamo perché ciò avvenga - queste competenze passeranno integralmente alle Regioni e ci sarà possibile fare ancora meglio, così come con il federalismo fiscale, quando avremo risorse direttamente gestite da noi».

Lo studio riporta infine i giudizi delle tre maggiori agenzie di rating, aziende che valutano la solidità economica di Stati e Regioni. Alla Lombardia va una doppia A (alta qualità), voto più alto di molte regioni e anche, per Moody's, dell'Italia.

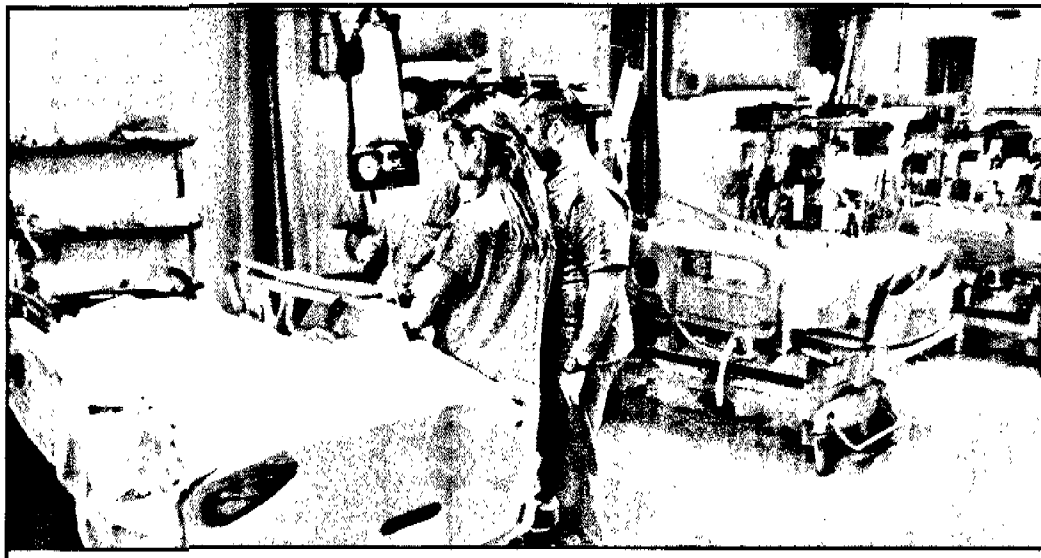
[GBu]



Aumenta la speranza di vita: gli uomini accorciano la distanza dalle donne. Gli esperti: «Qualità raggiunta con grandi sforzi economici, non sarà facile mantenerla»

Sanità, da primato l'assistenza agli anziani

Il rapporto «Osservasalute» dà i voti a ospedali e strutture delle regioni: «Per la riabilitazione, in Lombardia offerto il doppio di posti»



Giovanni Buzzatti

● La «corsa» da sempre è vinta dalle donne. Gli uomini lombardi, però, stanno recuperando terreno: nel 1993 vivevano in media sette anni e mezzo meno delle signore, nel 2000 la differenza si è ridotta a sei. E nel frattempo per entrambi i sessi è aumentata la speranza di vita, per le donne sfiora ormai gli 83 anni. Merito degli stili di vita e soprattutto degli ospedali lombardi, come spiega «Osservasalute 2005», il rapporto dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane dell'università Cattolica. Nella sede romana dell'ateneo è stata presentata ieri la terza edizione dello studio. «La sanità lombarda è di alta qualità - spiega Walter Ricciardi, il docente della Cattolica che ha coordinato i 200 studiosi dell'Osservatorio -. Nonostante l'inquinamento e stili di vita non sempre corretti, nei lombardi sono in calo la mortalità per tumori e malattie del cuore. Il sistema sanitario risponde alle esigenze con un'offerta ampia, l'unica preoccupazione è che riesca a farlo in futuro, visto il grande sforzo economico richiesto».

Alta è l'attenzione per gli anziani. La Lombardia, spiega il rapporto, garantisce cure di

riabilitazione al doppio degli over 75 rispetto alla media nazionale. «Questo significa che c'è un buon coordinamento tra strutture e che queste mettono a disposizione molte attrezzature - si spiega -. Un dato molto positivo se pensiamo all'invecchiamento della popolazione».

Come positivi sono la diminuzione dei suicidi, la dotazione di macchinari moderni negli ospedali, le campagne di prevenzione, per il tumore al seno in particolare. La Lombardia

ha inoltre una quota di parti cesarei inferiore alla media italiana (la più alta al mondo) e una mortalità infantile in calo. Nei nostri ospedali si praticano più aborti volontari rispetto alla media italiana. E ci si ammala di più di Aids.

Il rapporto si sofferma poi sul consumo di droga nei ragazzi tra 15 e 19 anni. Il dato più preoccupante riguarda i derivati della cannabis, marijuana e hashish: li fuma il 39 per cento dei ragazzi e il 29 per cento delle ragazze, in tutto più di uno su tre. I dati sono di 6 punti percentuali più alti della media nazionale.

Fancesco Auxilia, docente della Statale e responsabile della Lombardia per l'Osserva-

e stili di vita sbagliati, in calo la mortalità per malattie al cuore e tumori

torio, torna a parlare del rapporto. «Nulla in Lombardia sta peggiorando in modo preoccupante - spiega -. È importante creare una rete tra chi dà i servizi, rete che qui ha raggiunto un buon livello. La preoccupazione è che si continui a garantire questa qualità in futuro, la Lombardia ha ridotto il deficit attivando tutti gli strumenti possibili, compreso il ticket sui farmaci». «È un po' come la Francia: ricca e con un'ottima sanità - conclude Ricciardi -. L'importante ora è razionalizzare, che non vuol dire chiudere gli ospedali, ma nemmeno averne più del necessario».

Nonostante smog



COSÌ IN CITTÀ

 SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA (in anni)			
	Uomini	Donne	Differenza
Triennio '91-93	73,6	81	7,4
Triennio '98-2000	76,8	82,9	6,1

 MORTALITÀ UOMINI (Tasso decessi per 100 mila abitanti)		
	Sistema cardiovascolare	Tumori
Triennio '91-93	47,9	44,8
Triennio '99-2001	38	38,9
Differenza	-9,9	-5,9

 MORTALITÀ DONNE (Tasso decessi per 100 mila abitanti)		
	Sistema cardiovascolare	Tumori
Triennio '91-93	29,5	22,1
Triennio '99-2001	24	20,2
Differenza	-5,5	-1,9

centimetri.it

Nonostante smog e stili di vita aumenta l'età media: «Qualità raggiunta con grandi sforzi economici». Formigoni: «Col federalismo faremo meglio»

«Sanità, quella lombarda è la migliore»

Lo sostengono i 200 esperti di «Osservasalute» che ogni anno stilano una classifica per conto della Cattolica di Roma

● Un anno fa si parlò di «sanità all'americana». Stavolta il rapporto «Osservasalute 2005», stilato da 200 esperti che hanno dato i voti alla sanità nelle regioni italiane, coordinati dall'Osservatorio creato all'università Cattolica a Roma, conferma il giudizio: «Nonostante l'inquinamento e gli stili di vita non sempre adeguati, la vita dei lombardi si allunga (si riduce il «vantaggio» delle donne) e cala il tasso di mortalità per tumori e malattie cardio vascolari». Migliori che nel resto d'Italia sono i servizi per la riabilitazione offerti agli anziani: la disponibilità di posti è il doppio della media italiana. «L'unica preoccupazione è che la Regione riesca a mantenere questa elevata qualità che richiede un grande sforzo economico», spiegano i curatori del rapporto. Preoccupazione alla quale risponde Roberto Formigoni: «Abbiamo raggiunto livelli ottimi anche grazie a una gestione abilissima del bilancio. Se la riforma della costituzione sarà approvata, le competenze sanitarie e socio-assistenziali passeranno integralmente alle Regioni e ci sarà possibile fare ancora meglio, così come con il federalismo fiscale, quando avremo risorse direttamente gestite da noi».

GIOVANNI BUZZATTI A PAGINA 47



Gli uomini? Più longevi

Le donne ancora imbattibili, ma anche a Parma i maschi «recuperano»

Cresce anche a Parma l'aspettativa di vita. E gli uomini, come in tutta Italia, guadagnano terreno nei confronti delle donne. E' quanto emerso ieri nel corso della presentazione del terzo rapporto «Osservasalute» al Policlinico Gemelli di Roma.

Se in tutto il Paese, gli uomini hanno conquistato dal '98 al 2001 2,1 anni contro gli 1,6 di lei, nella nostra provincia i primi hanno guadagnato 2,5 anni, mentre le «compagne» 2,2. Gli uomini, ha spiegato Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di igiene dell'Università cattolica di Roma e direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, cominciano a smettere di fumare e, soprattutto al nord, si impegnano di più nell'attività fisica di quanto non facciano le donne.

Qualche curiosità? Rimini è la città in cui gli uomini vivono più a lungo (78,2), mentre le province di Reggio e Forlì-Cesena quelle in cui le donne sono più longeve (83,8).

L'ASPETTATIVA DI VITA: TRIENNI A CONFRONTO



	1991-1993		1998-2000	
	M	F	M	F
● Piacenza	73,5	81,0	76,2	82,7
● Parma	74,2	81,4	76,7	83,6
● Reggio Emilia	75,3	81,8	77,2	83,8
● Modena	75,0	81,7	77,3	83,7
● Bologna	75,1	81,4	77,2	83,4
● Rimini	-	-	78,2	83,6
● Ferrara	73,6	80,8	76,2	81,9
● Ravenna	75,6	82,4	77,4	82,9
● Forlì-Cesena	75,6	82,3	77,6	83,8
● ITALIA	74,4	80,9	76,5	82,5

Fonte: Rapporto «Osservasalute»

Presentato "Osservasalute 2005": ecco la cartella clinica dei marchigiani

Anziani ma sani. E quanti donatori

Alto il tasso di mortalità a causa degli incidenti stradali
Attivati programmi di sorveglianza
delle infezioni in quasi tutti gli ospedali

di EDOARDO DANIELI

ANCONA - 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 un milione di residenti con 53 donatori effettivi e 32,6 per un milione 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. E' un dato - come tutti

quelli di Osservasalute - che si riferisce al 2004. L'anno scorso, la performance regionale - pur rimanendo tra le migliori in Italia - è decisamente scesa: da 36 a 30,6. Un problema che deriva - come sottolineano al Coordinamento regionale dei prelievi - soprattutto dal fatto che è raddoppiato il numero delle persone che in vita nega esplicitamente il consenso al prelievo. Vanificando così anche un'eventuale decisione positiva dei famigliari. C'è dunque la necessità di riprendere al più presto, di concerto tra istituzioni e associazioni, una campagna di sensibilizzazione e di informazione sulla necessità di donare gli organi.

Tra le altre 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 il Friuli.

Sono due dei 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 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 professor 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).

"La Regione Marche - commenta il professor Marcello D'Errico titolare della cattedra di Igiene alla facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche, Ancona e referente per la Regione Marche dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane - si caratterizza per livelli di salute pari o superiori alla media italiana. La quota di popolazione anziana - aggiunge D'Errico - 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".

Secondo D'Errico, "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".



Seconda delle conversazioni promosse dalle Acli provinciali in attesa delle elezioni politiche del prossimo aprile

«La sanità non diventi privilegio di pochi»

Margherita Peroni e Guido Galperti insistono sulla necessità del federalismo fiscale

Anna Della Moretta

Il cambiamento, soprattutto quando esso interessa ambiti vitali della nostra esistenza quali sanità, assistenza e previdenza, suscita timori, perplessità e forti preoccupazioni. Soprattutto se il fantasma che viene spesso evocato, e a volte con qualche ragione, è che la riforma della sanità e dello Stato sociale nella sua accezione più ampia possa trasformare servizi e sanità in privilegi appannaggio di pochi. E se si parte dall'assunto in base al quale la situazione ottimale, in un Paese civile, dovrebbe essere quella di «una sanità pubblica, gratuita ed eccellente», è inevitabile che la discussione si soffermi sui primi due termini - pubblica e gratuita -, dando per scontato che sul terzo è facile trovare un accordo corale.

Ed è proprio per analizzare le diverse posizioni che le Acli provinciali l'altra sera a Rezzato hanno invitato il consigliere provinciale di Forza Italia, Margherita Peroni e il consigliere regionale della Margherita Guido Galperti nella sala civica di Rezzato. I loro interventi - preceduti dalla lettura e dal commento, curati da Roberto Rossini, del documento delle Acli sul Welfare -, contenuti nella pacatezza del confronto civile e costruttivo, sono serviti - tra l'altro - a far capire alla platea che le differenze, che ci sono, non rappresentano tuttavia una pregiudiziale all'impegno per la costruzione di un sistema di servizi che abbia come obiettivo finale il soddisfacimento dei bisogni della persona.

«Il cambiamento non è una novità degli ultimi tempi - ha spiegato Margherita Peroni -. Già qualche anno fa, con il governo di centrosinistra, era iniziato un processo di riforma di alcuni ambiti della nostra società (basti pensare ai contenuti della legge Bassanini) che ha rappresentato un'azione di impostazione seguita, in parte, dai governi successivi. Certo, ci sono stati alcuni freni, ma anche alcune demonizzazioni che ritengo eccessive. Sulla riforma federalista, ad esempio: perché negarne il valore? Una riforma che, per fare l'esempio della sanità, attribuisce alle Regioni competenze ben specifiche, fatti salvi i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti dallo Stato. Una delle critiche principali alla legge è stato il fatto che, in questo modo, avremo venti sistemi sanitari differenti, in

base alle capacità e alla ricchezza di ciascuna Regione: ma non si rendono conto, i detrattori, che in questi anni ci sono Regioni, come la nostra che, pur versando il 50% del totale del fondo di solidarietà a favore di Regioni con meno possibilità, sono state penalizzate nella loro potenzialità di far meglio perché legate ad una catena assolutamente negativa per tutti? Il problema, casomai, è se un sistema sanitario come quello lombardo - che uno studio osservazionale dell'Università Cattolica di Roma pone ai livelli di eccellenza - possa reggere a lungo senza che esista un reale federalismo fiscale».

Peroni ha fatto l'esempio delle cronicità, che non sono solo quelle legate a patologie che accompagnano una persona per tutta la vita, ma anche quelle acquisite, conseguenza di gravi incidenti mortali, la cui gestione è in gran parte a carico delle famiglie. «O prevediamo un fondo specifico, o faremo fatica a dare risposte ad un problema che è in crescita: se avessimo un'autonomia impositiva, si potrebbe pensare ad un fondo lombardo dedicato alla cronicità», ha aggiunto.

A proposito dell'autonomia impositiva delle Regioni, Guido Galperti ha formulato una domanda, rivolta alla Lega: «Perché per cinque anni ha continuato a riempirsi la bocca a parlare di devolution e in cinque anni non è riuscita ad introdurre il federalismo fiscale che è quello che realmente rende operativa la riforma?». Poi, a proposito della «buona rete dei servizi sanitari e sociali esistenti nella nostra realtà», Galperti si è detto preoccupato che «questa situazione sostanzialmente felice non entri in crisi, che la qualità resti alta e che chi vi lavora continui a ricevere contribuzioni adeguate». «Se fuori da ogni presidio privato ci sono bandiere che reclamano il rinnovo del contratto scaduto da 26 mesi, significa che qualcosa si è spezzato», ha aggiunto, sottolineando che «lo stato sociale c'era e c'è, ma il pericolo è che oggi venga consegnato al libero mercato, senza la rete di protezione dello Stato. Anche il centrosinistra è convinto che non è necessario che una struttura sia pubblica perché funzioni: è possibile avvalersi di un privato «virtuoso», purché rientri in una programmazione che deve essere fatta dal pubblico».



Da sinistra, Guido Galperti, Roberto Rossini e Margherita Peroni



> OSSERVASALUTE 2005

Gli italiani godono di buona salute e buona è la qualità dei servizi erogati dal Sistema sanitario nazionale, ma sussistono ancora forti differenze regionali. Questo, in estrema sintesi, il contenuto del Rapporto Osservasalute 2005, frutto del lavoro di oltre 200 ricercatori di tutta Italia. Tra i dati rilevanti per il Sud, i due primati della Calabria: anzitutto quello di aver azzerato nel 2002, unica regione a ottenere questo risultato, i casi di sifilide. Il secondo primato riguarda i tumori: la Calabria ha un tasso standardizzato di incidenza per tutti i tumori (nuovi casi per 100 mila abitanti nel 2005) pari a 275 nei maschi e di 202 nelle femmine, contro i rispettivi dati nazionali di 356 e 266 nuovi casi. Notevoli pure i dati sulla mortalità per tumori, i più bassi d'Italia: per il triennio 1999-2001 è stata del 25,7% per gli uomini e del 13,7% per le donne. Anche la Sicilia vanta un primato. Enna è infatti la provincia con la più bassa mortalità per tumori: 23,2 per gli uomini (rispetto alla media italiana che è di 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.

SALUTE

Attenti al cuore: uccide più dei tumori

E' la principale causa di decessi nella nostra regione, in particolar modo a Teramo e Chieti

PESCARA - Le malattie del sistema circolatorio in Abruzzo interessano il 4,1% della popolazione, percentuale superiore a quella italiana (3,9), e sono la prima causa di morte, più dei tumori (28,8% per gli uomini e 14,6 per le donne). I dati emergono dal Rapporto Osservasalute 2005, diffuso durante la presentazione del congresso nazionale della Siprec. Il tasso più alto di mortalità per malattie cardiovascolari per gli uomini è stato registrato a Teramo con il 38,2% mentre per le donne l'incidenza più alta è a Chieti con il 26,7. Per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiovascolari, all'Aquila muoiono 37,6 uomini ogni diecimila e 25,1 donne; a

Pescara 36,7 uomini ogni diecimila e 24,3 donne; a Chieti 37 uomini ogni diecimila e 26,7 donne; a Teramo 38,2 uomini ogni diecimila e 26,4 donne. Crescono i ricoveri per infarto, un dato in linea con il trend nazionale: nel 2003, secondo i dati del Ministero della Salute in Abruzzo sono stati registrati 2.934 ricoveri per infarto contro i 2.613 di un anno prima. Più gli uomini (2.049) delle donne (885). La fascia d'età più rappresentata è quella che va dai 65 anni in poi (1.898). La degenza media in Abruzzo è di 7,41 giorni (nel 2002 era di 8,27 giorni). In Italia nel 2003 i ricoveri sono stati 117.764 (nel 2002 erano stati 111.298) con una degenza media

di 8,63 giorni. Secondo lo Studio Gise, nel 2004 nei laboratori di emodinamica dell'Abruzzo (due a Chieti, uno a Pescara e Teramo) sono state eseguite 4.774 coronarografie e 1.903 angioplastiche (in Italia 237.925 coronarografie e 104.574 angioplastiche): delle 4.774 coronarografie 1.374 sono state eseguite a Chieti, 2.010 a Pescara, 1.390 a Teramo; per le angioplastiche 434 sono state eseguite a Chieti, 938 a Pescara e 531 a Teramo. Infine in Abruzzo nel 2004 sono state eseguite 298 angioplastiche primarie in corso di infarto miocardico acuto (14.354 il dato italiano), per l'esattezza 73 a Chieti; 140 a Pescara e 85 a Teramo.

Infarti e altro restano la prima causa di morte. Un dossier presentato a Roma

Cuore, la malattia è «rosa»

In Abruzzo i problemi cardiaci riguardano sempre più donne

PESCARA - E' pieno di sorprese il dossier "Cuore 2006 in Abruzzo", presentato ieri a Roma alla vigilia del congresso della Società italiana di prevenzione cardiovascolare (Siprec). Si muore soprattutto di mal di cuore, molto più dei tumori, e ci si ammala di più: crescono i ricoveri. E proprio nel giorno della festa della donna il preoccupante annuncio che anche in Abruzzo il mal di cuore è sempre più "rosa".

«Un quadro preoccupante quello delle malattie cardiache - ha detto Massimo Volpe, presidente della Siprec - con una crescita che coinvolge sempre più le donne, anche in Abruzzo. Alcuni consigli di prevenzione: qualche rinuncia a tavola, no al fumo, un po' di movimento. Occhio a pressione, colesterolo e diabete. In pochi sanno che l'infarto e l'ictus possono essere previsti con anticipo. E allora un appello: anche se vi sentite bene, chiedete al medico di famiglia di leggervi le carte. Quelle del rischio cardiovascolare, predisposte dall'Istituto superiore di sanità. Una valutazione gratuita e rapida. Un vecchio detto dice: uomo avvisato mezzo



Le cifre del cuore

salvato».

Secondo il rapporto "Osservasalute 2005", in Italia nel triennio 1999-2001 sono deceduti per malattie del sistema circolatorio 40,2 maschi ogni 10 mila abitanti e 27,0 femmine ogni 10 mila. In Abruzzo la mortalità per malattia del sistema circolatorio nel triennio 1999-2001 ha riguardato 37,3 maschi e 25,7 femmine ogni 10 mila abitanti. Nonostante si registri un calo rispetto al triennio 1991-1993 (47,4

ogni 10 mila abitanti per gli uomini e 34,7 per le donne), le malattie del sistema circolatorio in Abruzzo sono la prima causa di morte sia per gli uomini che per le donne, al secondo posto i tumori (28,8 per gli uomini e 14,6 per le donne).

Il tasso più alto di mortalità per malattie cardiovascolari per gli uomini è stato registrato a Teramo con il 38,2 mentre per le donne l'incidenza più alta si è avuta a Chieti con il 26,7. L'incidenza più bassa sia per gli uomini che per le donne è quella di Pescara (rispettivamente 36,7 e 24,3). Per quanto riguarda gli uomini, l'incidenza per 10 mila abitanti per mortalità da malattie del sistema circolatorio è stata di 36,7 a Pescara; 37,0 a Chieti; 37,6 a L'Aquila; 38,2 a Teramo.

Per quanto riguarda le donne, l'incidenza per 10 mila abitanti per mortalità da malattie del sistema circolatorio è stata di 24,3 a Pescara; 25,1 a L'Aquila; 26,4 a Teramo; 26,7 a Chieti. Nel 2003, secondo i dati del Ministero della Salute, in Abruzzo sono stati registrati 2.934 ricoveri per infarto contro i 2.613

di un anno prima. Più gli uomini (2.049) delle donne (885). La fascia d'età più rappresentata è quella che va dai 65 anni in poi (1.898). La degenza media in Abruzzo è stata di 7,41 giorni (nel 2002 era stata di 8,27 giorni). In Italia nel 2003 i ricoveri sono stati 117.764 (nel 2002 erano stati 111.298) con una degenza media di 8,63 giorni.

Secondo lo studio Gise nel 2004 nei laboratori di emodinamica dell'Abruzzo (due a Chieti, uno a Pescara e uno a Teramo) sono state eseguite 4.774 coronarografie e 1.903 angioplastiche (in Italia sono state effettuate 237.925 coronarografie e 104.574 angioplastiche). In particolare delle 4.774 coronarografie effettuate in Abruzzo 1.374 sono state eseguite a Chieti; 2.010 a Pescara; 1.390 a Teramo. Per quanto riguarda le angioplastiche in Abruzzo, 434 sono state eseguite a Chieti; 938 a Pescara e 531 a Teramo. Inoltre in Abruzzo nel 2004 sono state eseguite 298 angioplastiche primarie in corso di infarto miocardico acuto (14.354 il dato italiano), per l'esattezza 73 a Chieti; 140 a Pescara e 85 a Teramo.

ORTONA

Emergenza obesità. Domani un convegno in ospedale

L'Abruzzo, secondo i dati del Rapporto osservasalute, ha il triste primato di regione più grassa d'Italia

di **RAFFAELLA IOANNONE**

ORTONA — Emergenza obesità in Abruzzo. La nostra Regione, secondo i dati del Rapporto Osservasalute, detiene infatti il triste primato della più grassa d'Italia con il 10,9% della popolazione interessata. Quel che più preoccupa, poi, è l'insorgenza sempre più precoce della patologia, che colpisce gli uomini a partire dai 35 anni e le donne over-50. A parte il problema strettamente estetico, l'obesità è considerata una vera e propria epidemia globale dei paesi occidentali, che preoccupa per le gravi ripercussioni su qualità e aspettative di vita. Appartenere alla categoria delle "taglie forti", per esempio, espone maggiormente ai disturbi metabolici, alle patologie cardiovascolari, ai tumori e alle malattie respiratorie. A scatenare sovrappeso e obesità sono principalmente fattori ambientali (ridotta attività fisica, regime alimentare grasso, assunzione di alcuni farmaci, stato psicologico del soggetto) e genetici (tendenza ereditaria all'accumulo lipidico). Per prevenire questa pericolosa condizione sociale un ruolo centrale è affidato, ovviamente, alla dieta, che dev'essere equilibrata, bilanciata, moderata e varia. Basterebbe rifarsi agli antichi ricettari della nonna, tipici della cultura mediterranea, per raggiungere importanti vantaggi a protezione della nostra salute. Altrettanto importante è il monitoraggio continuo dello stato di salute, che permette di prevenire o curare il sovrappeso già dalle sue prime fasi di insorgenza. Per approfondire questi argomenti, sensibilizzare i cittadini ed effettuare un controllo specifico domani alle 10.30 è stato organizzato un incontro, presso l'ospedale di Ortona, in cui sarà possibile confrontarsi con esperti della materia su un tema tanto attuale quanto serio preoccupante.



Abbonati
cliccando
www.quotidianodisicilia.it

Medicina & Salute

80.000 copie
con 5 edizioni settimanali
(da martedì a sabato)

La parola a ...

V. Pezzino, prim. az. osp. “Cannizzaro” Attività ambulatoriale

CATANIA - Vincenzo Pezzino, ordinario di Endocrinologia presso l'Università di Catania, è responsabile, dal 1° novembre 2003, del servizio di Diabetologia all'interno dell'Azienda ospedaliera “Cannizzaro”. Grazie a lui abbiamo puntualizzato vari aspetti concernenti i suoi ambiti operativi, da cui si ricava l'importanza del tema dell'assistenza diabetica, in un contesto nazionale ove è sempre maggiore l'incidenza di tale patologia, conseguenza paradossale delle civiltà del benessere.



Quali sono le principali attività cliniche messe a disposizione dei pazienti?

«Innanzitutto vi è il *day hospital*, che permette, nell'ambito di circa 500 unità l'anno, d'usufruire della terapia per scompensi metabolici acuti, del trattamento di piede diabetico, della terapia vasodilatatrice di arteriopatie ischemiche periferiche e di diagnosi più approfondite. L'attività ambulatoriale, che costituisce l'asse portante del nostro servizio di Diabetologia anche attraverso l'ausilio di un piccolo laboratorio, comprende non soltanto la diagnosi e la cura del diabete nei suoi aspetti glicometabolici, ma anche una fondamentale attività di prevenzione e terapia della neuropatia diabetica e del piede diabetico mediante appositi ambulatori. Nel corso delle visite, viene svolta opera di prevenzione della nefropatia diabetica, mentre riguardo all'azione preventiva e il trattamento della retinopatia diabetica, questa viene esercitata in collaborazione con i colleghi oculisti dell'Azienda a cui i nostri pazienti vengono regolarmente indirizzati. Il nostro personale medico è inoltre punto di riferimento per la terapia del diabete in età pediatrica, in piena sintonia con i colleghi della divisione di pediatria. Vorrei poi evidenziare che è attivo presso il nostro servizio anche un ambulatorio di Endocrinologia».

Come vi collocate sullo specifico tema della divulgazione?

«In questo ambito, vorrei far notare che esercitiamo attività di consulenza diabetologica ed endocrinologica rivolte a tutti i reparti dell'Azienda, per un totale di circa 3000 consulenze l'anno. Il Servizio svolge inoltre annualmente, con lusinghiero successo, attività di formazione e aggiornamento per varie figure professionali: ossia medici, infermieri professionali ed ostetriche. Sul fronte dell'educazione dei pazienti diabetici, regolarmente pianificata in relazione alle esigenze del singolo paziente, curiamo l'utilizzo del riflettometro, le modalità di terapia insulinica, la prevenzione e la terapia dell'ipoglicemia oltre ai comportamenti alimentari. Come considerazione finale, vorrei soprattutto ricordare che un'alimentazione sbilanciata su un alto contenuto di grassi, tipica dell'odierna società industrializzata, facilita l'insorgere dell'obesità, che è un fattore di rischio del diabete».

Roberto Russo

Fenomeno in crescita: obesità nei bambini

Negli ultimi venti anni (in particolare negli ultimi dieci) si è assistito ad un drammatico aumento della prevalenza di sovrappeso ed obesità tra i bambini ed adolescenti europei.

Dati recenti stimano che il 18 per cento dei giovani europei in età scolare (circa 14 milioni distribuiti nei 25 stati membri dell'Unione europea) sia sovrappeso.

Inoltre vengono registrati circa 400.000 nuovi casi ogni anno. Dei 14 milioni di ragazzi con problemi di peso circa tre milioni sono classificati come obesi (con una crescita di 85.000 casi nuovi ogni anno). Bambini sovrappeso ed obesi sono a rischio di complicanze mediche come (Diabete tipo 2, problemi al fegato, disturbi endocrini ed ortopedici).

Inoltre un bambino obeso diventa un adulto obeso, e l'obesità adulta può portare a problemi cardiovascolari, certi tipi di cancro ed un'altra ampia gamma di disturbi (es. psicologici).

Tumore ai polmoni e risultati della MdB

Sull'ultimo numero della rivista scientifica americana “Cancer Biotherapy & Radiopharmaceuticals” è apparsa una pubblicazione sui risultati della Multiterapia di Bella, a firma dei medici italiani A. Norsa e V. Martino. L'oggetto è uno studio clinico sul cancro polmonare

Una rivista scientifica americana ha pubblicato uno studio clinico sulla Multiterapia Di Bella. Il mese scorso, nel riportare l'ennesima testimonianza di pazienti beneficiati dall'associazione di farmaci messa a punto dal defunto fisiologo Luigi Di Bella, avevamo denunciato la carenza di pubblicazioni scientifiche da parte dei medici dibelliani. Manco a farlo apposta, sull'ultimo numero di “Cancer Biotherapy & Radiopharmaceuticals” è apparsa una pubblicazione firmata dai medici italiani A. Norsa e V. Martino, intitolata “Somatostatina, retinoidi, melatonina, vitamina D, bromocriptina e ciclofosfamide in pazienti affetti da tumore del polmone in fase avanzata non a piccole cellule e con basso performance status”. La pubblicazione segue quella di un altro medico dibelliano, Mauro Todisco, apparsa sulla medesima rivista nel 2001 e dedicata ai Linfomi N.H., trattati con Mdb. Achille Norsa è dirigente medico della Divisione di Chirurgia toracica presso l'Ospedale Maggiore di Verona e vicepresidente della Sibar di Bologna, società scientifica che fa capo al medico Giuseppe Di Bella. Lo studio ha coinvolto 28 pazienti affetti da tumore del polmone “non a piccole cellule” (microcitoma) in fase critica avanzata, e non precedentemente trattati con altre terapie.

Il cancro polmonare rappresenta il “big killer” per eccellenza. Nel 1993 in Italia sono morte di cancro al polmone 30.905 persone, nel 2002 i morti sono stati 32.134. Secondo dati Istat, in Sicilia nel 1993 sono morti 1.781 pazienti per cancro del polmone: 1.556 uomini e 225 donne. Nel 2002 (ultimi dati disponibili Istat) i morti sono stati 2.054 (1.729 uomini e 325 donne). In Italia il numero di nuovi casi di cancro polmonare per anno si aggira intorno ai 35-40.000 abitanti, con un tasso di mortalità di 81/100.000 abitanti nei

PROTOCOLLO N. 5 SPERIMENTAZIONE DI BELLA CARCINOMA POLMONARE			
(Stazionari) (Progressione) (Decessi)	Controllo finale del 31 ottobre 1998		
	Pazienti non pretrattati: 7,8%;	Pretrattati: 1%	
	Pazienti non pretrattati: 47,1%;	Pretrattati: 29,2%	
	Pazienti non pretrattati: 39,2%;	Pretrattati: 61,5%	

maschi e 12/100.000 nelle femmine. Per la sua scarsa guaribilità rientrò tra i nove tumori sottoposti nel 1998 alla fallita e contestata sperimentazione Di Bella. Nei cui atti ministeriali si legge: “La chirurgia non ha alcun ruolo terapeutico di provata efficacia in questa fase di malattia. La radioterapia può risultare di grande utilità nel trattamento di alcune lesioni metastatiche che possono gravemente condizionare la qualità di vita dei pazienti. La chemio-

terapia è in grado di indurre riduzioni di volume delle masse neoplastiche in circa il 30-40 per cento dei pazienti”, ma solo una “sopravvivenza a un anno del 15 per cento per i pazienti trattati”. E questa la riprova che riduzione tumorale non equivale a guarigione né a sopravvivenza.

La sperimentazione ha fatto emergere un dato (tra i tanti censurati) che conferma il ruolo negativo della chemio (pur efficace in altri tumori) denunciato da Norsa nell'intervista pubblicata a fianco. Infatti, il carcinoma polmonare “non microcitoma” è stato l'unico tumore che ha consentito un confronto tra due gruppi di pazienti sottoposti a cura Di Bella: malati pre-trattati con chemio e malati non pre-trattati. E emerso che i malati non pre-trattati, pur subendo delle progressioni di malattia nel breve periodo, hanno subito una mortalità quasi dimezzata rispetto ai pre-trattati, come si vede nella tabella pubblicata in questa pagina. Non è stato possibile sapere per quanto tempo si sia protratta la maggior sopravvivenza dei pazienti visto che la sperimentazione era regolata da una regola singolare. Cioè questa: “S'intende per sopravvivenza di un paziente all'interno di questa sperimentazione l'intervallo di tempo che passa dalla data di reclutamento nella sperimentazione e la data di decesso, qualsiasi ne sia la causa, o la data di chiusura dello studio nel caso di pazienti vivi al momento della chiusura stessa”. Considerando che parliamo del tumore più diffuso e pressoché inguaribile, una minore fretta di chiudere baracca avrebbe forse consentito di reperire preziosi elementi, che invece emergono dalle tante testimonianze, ora pubblicate anche su riviste scientifiche.

Achille Norsa, che pratica tuttora il metodo Di Bella, è stato allievo del professor Di Bella all'Università di Modena nel 1962. Riprese i contatti con l'ex docente di Fisiologia nel 1995 quando si accorse che una sua amica affetta da cancro della vescica era stata curata da un anziano medico

«Che volli andare a ritrovar» e del quale diventò collaboratore fino alla sua morte. Abbiamo intervistato la signora, che conferma la propria guarigione.

Vincenzo Brancatisano

Lidia Nicolis Marsiglio: «Ho fatto consegnare la cartella clinica alla Bindi e le ho anche spedito una lettera, nessuna risposta»

Si chiama Lidia Nicolis Marsiglio ed è di Verona la paziente che nel 1995 fece scoprire allo sbalordito Achille Norsa che il suo ex docente di fisiologia stava curando il cancro con una terapia innovativa. Dopo quell'informazione Norsa lo andò a trovare e iniziò a collaborare con lui fino alla morte del maestro. Ma veniamo alla paziente.

«Mi recai dal professor Luigi Di Bella il 9 agosto del 1993», ci racconta la signora, che oggi ha 71 anni, sta bene e va in giro per il mondo a godersi la pensione. «Nel 1992 stavo male - prosegue - andavo avanti e indietro e con varie analisi, poi ebbi delle grandi emorragie e all'ospedale Borgo Trento di Verona i medici mi dissero che erano privi di terapie ma che erano in attesa di una chemioterapia che doveva venire dal Canada e mi dissero che dovevo andare a firmare per farla. Io ho detto di no perché dopo le emorragie non mi sentivo in grado di sostenerla. Intanto avevo saputo da una mia amica della cura Di Bella e andai a Modena a trovare il professor. Mi salì la pressione dall'emozione quando incontrai Di Bella. Fu tanto caro e dopo una visita durata un'ora e mezza, mi disse: una cura c'è, e se lei la farà starà bene. Cominciai a stare meglio subito, non ho più avuto emorragie che sono spaventose, e non tornai più al Borgo Trento.

Sono stata seguita all'ospedale Sacro Cuore di Negrar dove però non ho mai rivelato niente di Di Bella. Solo dopo 5 anni gliel'ho detto. Miglioravo e non capivano perché ma non dicevo nulla perché da queste parti non volevano sentir nominare la cura Di Bella. Per vivere bisogna fare tutto sotto banco. Il mio orologio dice che va tutto bene, ma in ospedale non bisogna parlare di Di Bella. Ho visto tante persone che stanno bene, uno aveva il tumore alla prostata, poi diventato tumore osseo ed è stato bene con la cura ma le persone hanno paura e stanno zitte».

Lidia e altri pazienti nel 1998 andarono a Maglie, in Puglia, per farsi ascoltare dal giudice Carlo Madaro che aveva avviato un processo civile sulla questione, all'epoca della sperimentazione. Ha pure mandato la cartella all'allora ministro della Sanità, Rosi Bindi, che pure si lamentava, anche in Parlamento, di non avere ricevuto le cartelle dei pazienti. «Pensi che gliel'ho fatta avere con un mio amico colonnello dei carabinieri e ho il timbro del ministero e ho pure scritto una lettera alla Bindi. Ma non si è fatto vivo nessuno». La storia della signora, seguita sempre da Norsa, appare tra i casi clinici descritti nel volume “Cancro, siamo sulla strada giusta?” scritto con Luigi Di Bella et al., ed edito da Travel Factory nel 1997.

Malattie del sistema circolatorio. Enna è la provincia siciliana con il maggior numero di morti femmine (38,4 per 10.000 abitanti) dovute a malattie cardiache, rispetto al dato regionale (33,6) e a quello nazionale, molto inferiore (27 per 10.000 abitanti). Se si scandagliano con attenzione i dati di ciascuna provincia italiana ci si accorge che la provincia di Enna è seconda in Italia, dietro solo a Caserta che si attesta su 39,8 donne morte per malattie del sistema circolatorio ogni 10.000 abitanti. Nel sesso maschile la situazione (44,9) è molto simile alla media regionale (44,7) e superiore a quello nazionale (40,2). Rispetto al triennio 1991-1993 ci sono stati dei miglioramenti. Nella provincia di Enna, infatti, il dato era allora di 47,8 per le femmine e di 55,3 per gli uomini (34 e rispetti-

Ad Enna la più bassa mortalità per tumori

Emerge dal rapporto, giunto alla sua III edizione, curato dall'Osservatorio naz. della Salute

ENNA - Enna è la provincia italiana con la più bassa mortalità per tumori. Ma le donne ennesi sono al secondo posto in Italia, e le prime in Sicilia, tra le vittime di malattie del sistema circolatorio.

Il Rapporto. Questi dati emergono dalla lettura del Rapporto Osservasalute 2005, un'analisi accurata dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle regioni italiane, curato dall'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, con sede presso l'Università Cattolica di Roma. L'Osservatorio è diretto dal 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, I-

stituto Superiore di Sanità, Consiglio nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, ministero della Salute, Istat. Hanno collaborato all'indagine Cittadinanza Attiva, Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap).

I tumori. I dati, riferiti al triennio 1999-2001 sono molto significativi. E dicono che i morti per tumore sono 23,2 per 10.000 abitanti, per gli uomini, rispetto alla media italiana che è 33,8. Quanto al sesso femminile, il dato di Enna è di 12,6 per le donne, contro il dato nazionale di 17,3. Ma come emerge dalle tabelle pubblicate a fianco il dato è particolarmente basso in tutte le province siciliane, e inferiore di molto rispetto a quello nazionale. La regione Sicilia, peraltro, 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.

Renato Malta, medico dell'Azienda ospedaliera Universitaria “P. Giaccone” di Palermo e referente per la Regione Sicilia dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, conferma: “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”.

Complessivamente la mortalità per tumore rappresenta in Italia circa il 30 per cento del totale dei decessi e costituisce la prima causa di morte nell'età adulta, la seconda nel segmento anziano della popolazione. Si stima che nel 2005 ci siano stati 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, secondo Osservasalute, è andato costantemente aumentando.

Malattie del sistema circolatorio. Enna è la provincia siciliana con il maggior numero di morti femmine (38,4 per 10.000 abitanti) dovute a malattie cardiache, rispetto al dato regionale (33,6) e a quello nazionale, molto inferiore (27 per 10.000 abitanti). Se si scandagliano con attenzione i dati di ciascuna provincia italiana ci si accorge che la provincia di Enna è seconda in Italia, dietro solo a Caserta che si attesta su 39,8 donne morte per malattie del sistema circolatorio ogni 10.000 abitanti. Nel sesso maschile la situazione (44,9) è molto simile alla media regionale (44,7) e superiore a quello nazionale (40,2). Rispetto al triennio 1991-1993 ci sono stati dei miglioramenti. Nella provincia di Enna, infatti, il dato era allora di 47,8 per le femmine e di 55,3 per gli uomini (34 e rispetti-



vamente 50,1 erano i dati della media nazionale in quell'epoca)

Morti violente. Le morti violente nella provincia di Enna, secondo Osservasalute, sono 2,5 su 10.000 abitanti nel sesso femminile (2,5 in Sicilia, 2,4 in Italia), mentre nel sesso maschile sono 5,1 contro i 5 in Sicilia e i 5,7 in Italia. Enna e la stessa Sicilia mostrano una dinamica di morti violente diversa da quella di altre province. La provincia di Aosta registra nei maschi 9,9 morti violente per 10.000 abitanti,

quella di Cuneo 8,3, Gorizia 8, Sondrio 7,8. La provincia di Ferrara fa registrare 7,3 nei maschi e 3,5 nelle femmine.

Speranza di vita. L'aspettativa di vita alla nascita nel 2000 nella provincia di Enna si attesta su 76,1 anni negli uomini e di 81,2 nelle femmine contro il dato nazionale che è rispettivamente di 76,5 e di 82,5 anni. La speranza di vita nella provincia di Enna è in crescita rispetto al dato registrato nel triennio 1991-1993 (75 per le femmine e 79,1 per i maschi).

V. 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									
Sistema circ.		Tumori		Morti violente		Altre			
'91-93	'99-01	'91-93	'99-01	'91-93	'99-01	'91-93	'99-01		
Sicilia	42,5	33,6	16,2	15,4	2,6	2,5	21,6	17,1	
Trapani	42,7	32,4	15,3	14,3	3,0	2,6	17,4	14,6	
Palermo	37,7	32,2	17,0	16,9	2,6	2,6	24,6	20,3	
Messina	42,0	32,7	16,3	14,8	2,4	2,1	21,3	14,5	
Agrigento	43,3	33,9	13,8	14,2	2,5	2,8	19,1	15,6	
Caltanissetta	46,5	37,8	14,5	15,6	2,4	2,6	24,7	19,2	
Enna	47,8	38,4	15,5	12,6	2,6	2,5	21,3	16,2	
Catania	46,4	34,0	17,4	16,2	2,7	2,5	21,3	16,5	
Ragusa	42,0	33,8	15,7	15,7	2,5	2,4	18,8	17,0	
Siracusa	42,8	33,8	16,1	14,1	2,7	2,4	22,0	18,5	

Fonte: Rapporto Osservasalute 2005

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									
Sistema circ.		Tumori		Morti violente		Altre			
'91-93	'99-01	'91-93	'99-01	'91-93	'99-01	'91-93	'99-01		
Sicilia	50,1	41,2	25,2	26,7	6,2	4,4	28,7	22,0	
Trapani	54,0	45,6	27,0	27,6	7,3	5,2	26,2	24,8	
Palermo	52,1	43,4	31,4	30,1	6,0	4,4	35,1	29,4	
Messina	55,4	44,9	28,5	27,2	6,3	4,5	32,8	24,7	
Agrigento	51,5	43,3	23,5	25,5	7,5	5,5	30,7	25,4	
Caltanissetta	53,7	45,1	25,3	28,1	6,8	5,2	37,5	32,6	
Enna	55,3	44,9	21,4	23,2	5,8	5,1	36,4	29,6	
Catania	60,2	45,8	30,1	28,4	7,8	5,5	32,3	25,4	
Ragusa	54,1	42,5	28,2	28,6	6,0	5,4	25,6	22,1	
Siracusa	52,8	46,6	28,9	26,7	6,3	4,9	34,2	26,2	

Fonte: Rapporto Osservasalute 2005

PERIODICI

Che mal di ospedale

Siamo ancora uno dei paesi più longevi al mondo. Ma la qualità dell'assistenza non tiene il passo. E i big killer in molte zone hanno la meglio. Un rapporto spiega perché

di Daniela Minerva e Nicola Nosengo

Tra cigni in agonia ed emergenze veterinarie, controlli sanitari che non ci sono, malasana e truffe farmaceutiche: come stanno gli italiani? A leggere le cifre sciorinate dal rapporto "Osservasalute", redatto dall'Università Cattolica di Roma in 400 pagine di numeri e flussi, se la passano abbastanza bene. Anzi, meglio di dieci anni fa. Meno morti per tumore, meno per infarto, ictus e malattie infettive. Un bel risultato, insomma? Non proprio.

Perché andando a leggere di cifra in cifra la situazione sanitaria delle provincie italiane si scopre innanzitutto che la mortalità per le diverse patologie (il parametro che i tecnici usano per capire quali mali ci affliggono) non diminuisce quanto dovrebbe alla luce degli effettivi progressi della medicina e della diagnostica: come dire che, in buona parte d'Italia, le innovazioni della scienza medica spesso rimangono lettera morta, novità buone per giornali e congressi, ma sconosciute in ospedale. E

non solo: tra le tabelle e i diagrammi di "Osservasalute" si scopre poi che, a fronte di un buon numero di provincie virtuose che sanano a una a una le aree di criticità, ce ne sono altrettante in panne che non riescono a assicurare ai cittadini cure di standard moderni. Qualche esempio? Sicilia e Campania che sembrano incapaci di far fronte all'incalzare delle malattie cardiovascolari e persino vittime di una mortalità crescente da tumore mentre, in generale, di cancro in tutta Italia si muore sempre meno. Ma anche Cuneo, Pavia, Massa Carrara, dove le malattie cardiovascolari colpiscono gli uomini ben di più che altrove, e Ravenna che non riesce a incidere sulla salute delle sue donne.

«Nel complesso, l'Italia rimane uno dei paesi più longevi», spiega Walter Ricciar-



Il Meridione. Le Isole. Ma anche il Nord-Ovest padano. C'è un'Italia dove la vita media non cresce come dovrebbe. Dove tumori, infarti e ictus colpiscono più che altrove



L'eliporto dell'Ospedale Maggiore di Bologna. Sopra: sempre nel capoluogo emiliano, simulazione di intervento con defibrillatore al Liceo Righi. A sinistra: paesaggi dipinti sui soffitti all'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze

di, direttore dell'Istituto di Igiene della Cattolica di Roma e di Osservasalute: «Però i nostri parametri migliorano meno di quanto dovrebbero. La Spagna nel corso degli anni '90 ha aumentato l'aspettativa di vita più di quanto non abbiamo fatto noi quando, pochi anni fa, era molto più indietro. O la Francia: con 79 anni di vita media ci ha sorpassato, sempre nel giro di un decennio. E poi: i nostri dati restano buoni se guardiamo le medie nazionali, ma se scendiamo a livello locale ci sono molte aree di crisi, che rischiano di peggiorare».

A partire dalle rilevazioni dell'Istat, gli esperti di Osservasalute hanno elaborato i dati a livello di singola provincia mettendo a confronto le medie dei trienni 1991-1993 e 1999-2001. Ne emerge una fotografia in differita del mutamento sanitario italiano

negli anni '90. Con un'eccellenza schiacciante delle regioni del Centro dove si concentra il meglio in termini di qualità della vita e di assistenza, che si traduce in un'aspettativa di vita molto alta. Valga per tutti il caso Marche, la regione dove si vive di più: oltre 77 anni gli uomini e oltre 83 le donne. Toscana, Umbria, Emilia Romagna, seppure con importanti differenze al loro interno, hanno numeri di poco inferiori. Ma spostandoci a Nord e a Sud, le cose cambiano. Con non poche sorprese.

Il Nord è stato per decenni la parte d'Italia a mortalità più alta per colpa di alimentazione grassa, fumo, alcol e inquinamento: i danni di una rapida industrializzazione di aree rurali e di un inurbamento in prima battuta senza alcun governo. E le conseguenze si sentono ancora. Tuttora la Lombardia è la regione dove si muore di più per tumore. Nel corso dell'ultimo decennio però molte province, in particolare nel Nord-Est, sono riuscite a migliorare di parecchio, in qualche caso avvicinandosi al Centro Italia per speranza di vita. Padova, per

esempio: ha ridotto del 19 per cento la mortalità maschile e del 15 per cento quella femminile in dieci anni. Altre, però, arrancano. E sorprendentemente, i punti critici sono in posti come Lodi, Pavia, Vercelli, Cremona, Bergamo, Brescia. Qui il killer numero uno è il cancro, e la maglia nera va a Lodi, che registra l'infausto primato di 49,2 morti per 10 mila abitanti tra gli uomini e 22,3 tra le donne. Perché?

A Lodi c'è un direttore sanitario che il problema se lo è posto e ci ha ragionato sopra un bel po'. In sintesi, spiega Giuseppe Imbalzano: «I dati della nostra provincia sono la chiave per capire lo svantaggio di tutto il Nord-Ovest». Un'ampia fascia agricola, che ha il peggior dei climi possibili: nebbia nove mesi l'anno, umidità e conseguente ristagno degli inquinanti che precipitano al suolo. Una popolazione di "lumbard" che si alzano alle quattro del mattino per andare in campagna, spremono la terra e gli animali senza l'attenzione alla propria salute che hanno i cittadini. «Lavorano prevalentemente in modo autonomo, e non perdono facilmente giornate di lavoro per fare una visita di controllo o un esame. Vaccinano gli animali, ma non loro stessi», annota il direttore sanitario. Poi l'alimentazione: fino a poco tempo fa malsana e grassa unita al fumo e al consumo di alcol. Ma una nota positiva c'è. Molte di queste province agricole, grazie soprattutto a sistemi sanitari di prim'ordine, appaiono destinate, sul lungo periodo, a recuperare terreno: Pavia ha più che dimezzato, nel corso degli anni '90, il divario che la separa dalla media nazionale rispetto alla mortalità per tumore. E a Cremona, che era nel 1993 la provincia con la più alta mortalità maschile, la vita media è aumentata di tre anni.

Eccolo allora il nodo gordiano che sottomende tabelle e diagrammi di "Osservasalu- ▶

PRIMO PIANO / Allarme sanitario

te". Fotografando il decennio 1991-2001, il rapporto monitora, di fatto, la capacità del Ssn di far fronte alle rivoluzioni di anni formidabili per la medicina: l'emergenza di una popolazione anziana che cresce, una sempre più costosa macchina medica tarata per combattere i big killer (tumori e malattie cardiovascolari) e portare a livelli record l'aspettativa di vita. Negli anni '90 la medicina ha fatto bingo: le malattie infettive praticamente sono vinte; sappiamo come prevenire infarti, ictus e le altre cardiovascolari, coi farmaci e i comportamenti giusti, e come curarli ormai, sulla carta, con pochissime eccezioni; e i maledetti tumori se è vero che colpiscono sempre di più per effetto dell'invecchiamento della popolazione è anche vero che, molto spesso, non sono più una condanna a morte. Detta così è una bella storia, ma il suo impatto sul sistema sanitario è stato rovinoso. Ancor più perché unito a una drammatica rivoluzione interna al Ssn, l'aziendalizzazione.

Le vicende del Servizio sanitario nazionale sono materia noiosa e complessa: il sistema è passato attraverso decine di riordini piccoli e grandi. Ma i due decreti che, tra il '92 e il '93 hanno trasformato le Usl in Aziende e le hanno messe sotto il controllo gestionale delle Regioni, sono stati per medici e sanitari un vero cataclisma. Prima: il Ssn inteso come servizio sociale senza limiti di spesa e senza controlli. Poi: una rete di

aziende con bilanci e deficit di cui rendere conto alle Regioni. Il tutto mentre milioni di vecchi premono alle porte e la medicina sforna novità su novità a cui la popolazione sa di avere diritto.

A sentire Ivan Cavicchi, estensore di un prezioso "Libro bianco" sulla sanità italiana (Edizione Dedalo, Bari 2005), l'aziendalizzazione, per come è stata congegnata, è una sciagura, perché ha messo la salute degli italiani nelle mani dei manager interessati più all'efficienza che non alla qualità del sistema stesso. Le opinioni in materia sono le più diverse. Fatto sta, comunque, e i dati di Osservasalute sembrano darne conto, che questo cataclisma ha prodotto il meglio in quelle parti del paese che già avevano una buona rete sanitaria e potevano contare su una forte coesione sociale, come le regioni del Centro e del Nord-Est. Mentre ha fatto precipitare nel caos chi era in svantaggio: Sicilia e Campania in primis. Le due regioni del Sud che sembrano, oggi, le più disorientate: tanto è vero che un altro rapporto, il "Ceis", redatto dagli economisti dell'Università di Roma-Tor Vergata, dimostra come proprio qui ci sia il tasso più alto di famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie a cui vanno incontro



(rispettivamente il 2,2 e il 2 per cento delle famiglie nel 2003), segno preciso di un Ssn allo sbando.

«Al Sud», spiega Ricciardi, «lo svantaggio è dovuto alla combinazione di due forze. Da un lato crescono i principali fattori di rischio: fumo, alimentazione, inquinamento. Dall'altro, questa situazione viene affrontata da sistemi sanitari spesso non all'altezza, in difficoltà sia sul terreno della terapia che su quello della prevenzione». Basta dare un'occhiata alle campagne di prevenzione dei tumori: in Sicilia solo il 10 per cento delle donne risulta inserito in un programma di screening mammografico; in Campania, in Calabria e in Puglia il dato non è disponibile. A fronte di un 100 per cento di donne esaminate in Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, ma anche in Molise e Basilicata; dell'88 per cento in Vene-

Emilia, Marche, Umbria, Veneto: qui la vita si allunga grazie alla modernità di assistenza sanitaria e prevenzione

A ciascuno le sue emergenze

Val d'Aosta

A uccidere sono, più che in ogni altra regione, gli incidenti stradali. Per gli uomini è anche la regione del Nord con la più alta mortalità cardiovascolare: colpa della alimentazione grassa e degli svantaggi delle zone montane.



Piemonte

I killer sono le malattie cardio-vascolari. Con picchi ad Asti, Vercelli, Biella: zone rurali dove la prevenzione è difficile e le condizioni socio-ambientali svantaggiate.

Lombardia

Regione critica per tutte le malattie. Ha il primato negativo della mortalità per tumori.

Friuli V. Giulia

Ha la più alta incidenza e mortalità dei tumori femminili, il 13 per cento superiore alla media



Liguria

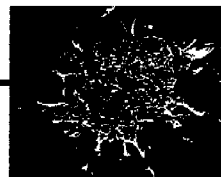
Stanno bene i liguri, specie gli spezzini. Tra le regioni del Nord-Ovest è quella a più bassa mortalità.

Trentino Alto Adige

Sulla mortalità pesano soprattutto i disturbi dell'apparato circolatorio: in termini di anni di vita potenziali persi, Trento batte persino la Campania. Colpa dell'alimentazione grassa e degli svantaggi delle zone montane.

Veneto

Qui la paura si chiama tumore. La mortalità da cancro, sia per gli uomini che per le donne, supera la media nazionale. Ma, Belluno a parte, ovunque la vita media si allunga.



Emilia Romagna

Se fino agli anni '60 era tra le regioni a più alta mortalità, ora è molto vicina alle ottime performance del Centro Italia. Ferrara e Piacenza però faticano a tenere il passo.

Toscana

La mortalità per tutti i parametri è in linea con la media nazionale. Ma a Massa Carrara, Lucca e Grosseto la diffusione dei tumori sia maschili che femminili

è superiore alla media nazionale.

Marche

È la regione in cui si sta meglio. La mortalità per le diverse patologie è la più bassa d'Italia.

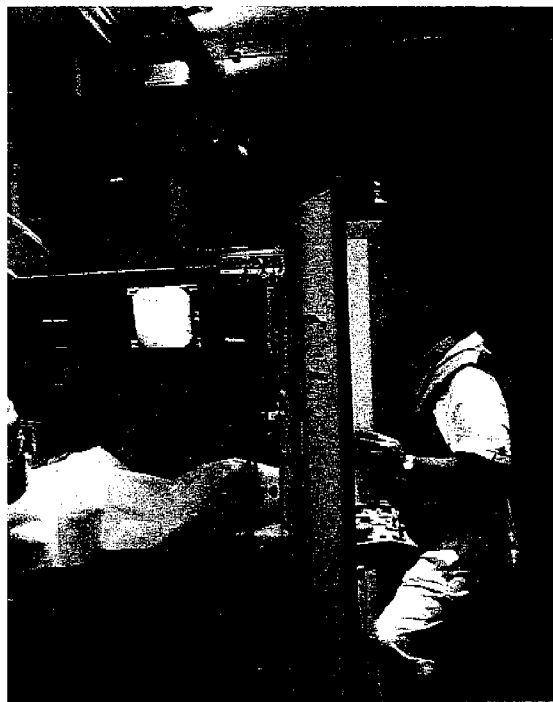
Umbria

La migliore dopo le Marche. Bene entrambe le province, anche se a Perugia hanno fatto meglio che a Terni in questi dieci anni.

Lazio

È l'unica regione del Centro con profili di mortalità simili a quelli del Nord, quindi: più alti.





ro e del 67,3 in Lombardia. Allo stesso modo: solo il 30 per cento delle donne meridionali fa prevenzione dei tumori del collo dell'utero. Non stupisce, allora, che al Sud aumenti il rischio di morire: in Calabria e Sardegna è cresciuta anche la mortalità per il tumore del seno, altrimenti in calo ovunque. E a Napoli il cancro uccide 37,9 uomini e 18,3 donne ogni 10 mila abitanti, ben oltre le medie nazionali (33,8 e 17,3).

Napoli, allora, epicentro della "cricità", come la chiamano eufemisticamente gli addetti ai lavori. È la provincia con la più bassa speranza di vita alla nascita in Italia: un'emergenza apparentemente senza soluzione. Il capoluogo campano è, infatti, tra le province che hanno ridotto di me-

La sala per le emodinamiche dell'Ospedale Maggiore di Bologna. A sinistra: i locali della diagnostica all'ospedale Lancisi di Ancona

Guarda chi è più longevo

Dove si vive più a lungo

Uomini	
Macerata	78,2
Rimini	78,2
Firenze	78,1
Prato	78,1
Ascoli Piceno	78,0
Siena	78,0
Perugia	78,0
Ancona	77,8
Chieti	77,7
Forlì	77,6

E dove di meno

Uomini	
Aosta	74,1
Lodi	74,1
Napoli	74,2
Caserta	74,6
Sondrio	75,1
Vercelli	75,1
Belluno	75,1
Biella	75,2
Pavia	75,2
Caltanissetta	75,3

Donne	
Ancona	83,9
Reggio Emilia	83,8
Forlì	83,8
Modena	83,7
Trento	83,7
Siena	83,7
Pordenone	83,7
Oristano	83,6
Rimini	83,6
Macerata	83,6

Donne	
Napoli	80,1
Caltanissetta	80,4
Caserta	80,6
Palermo	80,8
Crotone	81,0
Catania	81,1
Siracusa	81,2
Enna	81,2
Ragusa	81,4
Matera	81,5

Speranza di vita alla nascita, in base alla mortalità degli anni 1998-2000

no la mortalità nel corso degli anni '90, mentre molte fra le province che nel 1993 risultavano più svantaggiate, come Trieste, Piacenza o Vicenza, sono riuscite a migliorare. Perché?

Dice Simona Giampaoli curatrice dell'«Atlante italiano delle malattie cardiovascolari»: «Al Sud c'è una distribuzione dei fattori di rischio più elevata. L'abitudine al fumo qui si è ridotta meno che al Nord, e a Napoli il 50 per cento delle donne fuma. C'è una percentuale molto alta di persone sovrappeso, in particolare donne. Aggiungiamo il consumo di alcol che è tra i più alti d'Europa, e l'inquinamento, che fa da fat-

tore scatenante per gli eventi cardiovascolari». Insomma, a sentire gli epidemiologi, sono gli stili di vita della modernità a falciare il Meridione d'Italia, dove vanno a impattare su un sistema sanitario tutt'altro che moderno.

Per non morire di tumore ci vogliono diagnosi precoce, radioterapie, day hospital. Per sopravvivere a un infarto o a un ictus ci vogliono defibrillatori, emodinamiche, pronto soccorso sparsi sul territorio. C'è tutto questo in Campania, in Sicilia, in Calabria? No. La Campania, a esempio, è la regione con il maggior numero di ricoveri ospedalieri di un solo giorno (il 21,5 per cento, contro il 10 delle altre regioni). Perché mai i campani vanno all'ospedale anche per le prestazioni più banali? Gli addetti ai lavori non hanno dubbi: questo è un indicatore di un malfunzionamento dei servizi di emergenza, dei servizi ambulatoriali e di day hospital.

«Di questo passo», avverte Ricciardi, «rischiamo che l'aspettativa di vita, invece di crescere, si arresti. E poi sarà impossibile invertire la tendenza». Perché su questa fotografia si sono innestati, in questi anni, i tagli e il federalismo che esaspera le differenze e richiede capacità di governo sia della spesa che dei guasti sanitari della modernità. Così chi ha mostrato di saper governare la rivoluzione degli anni '90, marchigiani, umbri, lo farà sempre meglio. E chi arranca, siciliani, campani, e bellunesi e molti piemontesi, rischia grosso. ■

Roma, in particolare, alza la media della mortalità per tumore.

Abruzzo

Le donne stanno bene, e contendono il primato alle marchigiane. Solo a Chieti si registra un'alta incidenza di problemi circolatori.

Molise

Qui il killer è il sistema cardiocircolatorio. La mortalità da ictus e infarto è sopra la media nazionale.

Campania

È la regione d'Italia con la maggiore incidenza delle malattie cardiovascolari (49,1 morti per 10 mila abitanti tra gli uomini,

36 per le donne)....

È l'unica in cui la mortalità per tumore è addirittura in crescita. I picchi per tutte le patologie sono a Napoli e Caserta.

Puglia

Va meglio che non nelle altre regioni del Sud, ma Brindisi per i maschi e Taranto per le femmine restano indietro e si caratterizzano per la più alta mortalità per tumori.

Basilicata

Potenza ha ridotto molto la mortalità femminile, e Matera quella maschile, ma per le donne è diventata una

delle zone peggiori del Sud.

Calabria

La mortalità maschile è la più bassa dell'Italia del Sud. Va un po' peggio per le donne, ma l'incidenza dei tumori è bassa.

Sicilia

Altissima l'incidenza delle malattie cardio-vascolari. In molte province crescono i morti per tumore.

Sardegna

La mortalità maschile è superiore alla media, quella femminile al di sotto. Con punte critiche a Sassari e Nuoro.



Rapporto
Osservasalute
2005



Da sinistra:
Pietro Folino Gallo,
Americo Cicchetti,
Walter Ricciardi,
Roberta Siliquini

Il leopardo non dorme mai

Bene, ma non meglio, ancora variazioni regionali e interregionali. 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 Cittadinanzattiva, 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 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 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 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 le 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 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».

segue a pag. 18





segue da pag. 17

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 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 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 ec-

cellenti 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 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».

Rapporto Osservasalute 2005- "Atlante" della salute nelle Regioni italiane

La migliore performance Regione per 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 assi-

stenziale. 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 pato-

logie 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 dege-

nerative 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 pre-

senza 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.

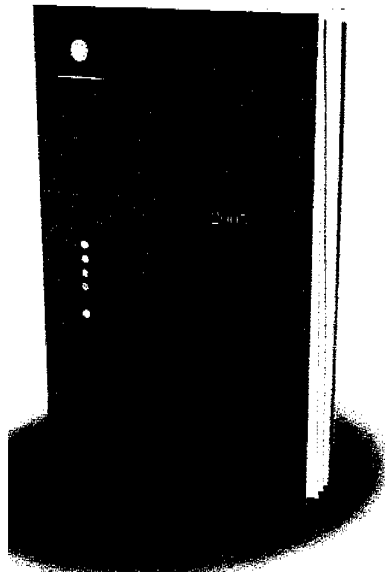
Lombardia **Al top per le attività di riabilitazione, efficace risposta ai bisogni di salute della popolazione**

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.

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 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 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 in-

formatica 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.

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 ca-

atterizzati 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 in-

fantile 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, è 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 ca-

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
TO	52,0	41,4	38,8	34,9	8,2	6,7	27,6	24,6
VC	51,2	40,4	38,5	34,2	7,7	6,2	27,0	23,9
VB	57,8	46,2	42,9	38,7	8,4	7,0	28,2	25,6
NO	54,4	39,4	46,3	38,8	7,6	6,0	27,2	22,3
CN	51,6	41,4	35,1	33,4	8,9	5,3	29,6	27,0
AT	55,9	44,5	33,7	33,4	8,5	7,4	25,1	23,4
AL	49,2	40,9	39,4	35,9	8,3	7,1	26,5	25,6
BI	55,3	45,0	41,7	36,4	8,4	6,6	30,5	26,9
AO	47,3	41,7	38,4	37,4	10,6	9,9	38,4	32,0
AO	48,9	37,4	39,6	35,3	6,5	4,7	30,3	27,5
IM	48,9	40,2	36,7	32,6	8,4	6,9	30,5	25,6
SV	49,2	41,2	39,9	34,2	7,1	6,6	26,8	24,0
GE	50,0	36,1	41,5	36,3	6,1	3,6	32,1	30,2
SP	44,3	35,2	39,7	35,3	5,5	5,0	27,2	22,9
VA	50,7	39,7	45,7	39,5	7,0	5,2	29,0	21,6
CO	40,2	37,2	40,2	39,2	6,5	4,6	28,3	21,6
CO	51,2	38,8	43,7	38,5	7,0	5,1	27,6	22,4
SD	48,3	39,0	49,2	41,7	10,8	7,8	31,5	27,1
MI	47,9	38,0	44,6	38,9	6,3	4,9	29,5	22,8
LC	41,4	31,6	49,2	41,4	9,1	6,4	31,8	25,1
LO	51,4	40,7	44,5	37,4	6,8	5,4	26,7	21,6
BG	50,5	39,9	51,9	42,1	7,5	5,9	29,1	22,6
BS	48,9	39,3	47,7	41,4	7,6	6,3	24,2	21,2
PV	50,0	45,3	47,1	41,0	8,3	6,8	28,4	25,8
CR	57,4	45,7	49,8	42,2	7,7	6,1	32,5	23,1
MN	53,5	38,8	40,4	34,6	8,4	7,1	25,1	19,5
BZ	49,4	40,2	39,9	35,7	8,7	6,3	25,7	19,5
TN	49,9	41,7	42,3	36,7	8,1	5,2	27,4	20,3
VR	48,5	38,2	42,8	36,8	7,6	6,3	26,9	21,6
VI	53,7	41,3	39,5	35,5	7,7	5,7	26,3	22,8
BL	47,2	40,0	46,6	40,4	9,3	9,4	33,5	27,8
TV	46,7	37,2	41,6	36,9	7,8	6,6	27,7	22,2
VE	46,7	37,2	41,6	36,9	7,8	6,6	27,7	22,2
PD	47,1	36,2	42,4	36,0	7,2	6,2	26,5	21,3
RO	51,3	42,4	44,7	38,2	8,5	6,5	26,8	21,3
UD	50,7	38,4	45,1	38,4	9,0	6,9	28,0	24,4
GO	50,6	38,8	45,9	38,9	9,8	6,0	28,7	23,5
TS	54,0	37,7	42,3	38,4	8,6	6,5	24,1	21,3
PN	47,1	35,9	45,3	37,3	7,9	6,4	24,2	21,3
PC	48,6	37,0	38,4	33,6	8,0	6,3	23,6	20,6
PR	54,2	39,3	42,2	37,3	8,1	6,8	23,4	21,4
RE	48,2	38,5	40,2	34,3	7,8	6,3	23,4	20,0
MO	44,9	39,6	35,8	32,0	7,7	6,4	23,4	20,8
BO	45,6	37,4	37,0	32,3	7,5	5,6	25,9	20,9
RN	44,3	35,9	37,8	32,5	8,1	6,1	23,0	21,1
FE	43,8	33,6	40,0	34,8	6,3	5,3	23,2	18,0
RA	39,2	34,1	36,6	31,9	7,3	7,3	25,6	23,1
FO	41,3	34,6	34,7	32,4	8,9	7,1	20,2	19,2
PS	40,0	35,1	37,5	34,3	8,0	7,1	22,6	17,4
AN	44,8	36,5	34,0	31,0	6,9	6,4	20,0	19,3
MC	47,0	36,0	33,8	29,8	6,8	5,8	24,1	20,9
AP	44,8	37,6	29,3	25,1	7,5	5,4	22,8	19,8
AS	47,1	38,0	37,8	33,5	6,7	5,5	24,5	20,9
MS	48,0	40,6	40,8	39,7	5,7	5,4	32,7	27,4
LU	51,4	41,9	41,1	36,7	7,7	6,3	27,4	23,0
PT	51,7	38,6	38,6	34,1	6,9	5,2	20,9	21,2
FI	42,4	34,4	37,1	31,6	5,9	4,9	24,0	19,7
PO	44,9	36,1	39,2	33,8	5,5	4,5	23,9	18,3
LI	48,9	38,2	38,8	34,8	7,5	5,2	25,6	21,8
PI	48,4	38,6	32,6	30,6	6,6	5,9	23,9	19,6
AR	44,1	37,6	36,6	31,9	7,3	6,1	22,7	20,9
SI	46,5	38,7	32,9	30,8	7,4	6,4	22,1	16,1
GR	47,6	41,2	36,5	35,2	8,0	6,3	27,0	23,5
PG	51,2	37,9	34,6	30,3	7,3	5,8	24,5	20,4
TR	49,1	41,0	31,0	29,2	7,2	5,8	25,9	19,7
VT	50,7	42,4	36,6	32,5	6,4	5,7	25,0	22,4
RI	51,5	42,6	38,4	33,6	5,8	6,5	26,8	24,2
RM	48,3	41,4	29,7	27,9	7,1	6,3	28,2	23,8
LA	50,3	40,7	38,3	34,5	6,4	5,6	25,2	23,7
LT	51,3	43,8	34,4	32,8	7,6	6,2	25,3	21,8
FR	52,9	43,7	28,4	29,6	5,7	5,5	23,1	21,5
CA	58,0	49,1	33,7	34,2	5,5	4,1	33,7	29,4
CE	62,1	52,4	34,1	35,1	7,0	4,6	29,9	25,3
BN	51,0	44,8	28,4	27,7	5,6	4,8	26,6	23,1
NA	62,6	52,5	38,2	37,9	5,3	3,9	37,7	33,1
AV	50,7	43,2	26,4	26,3	5,4	3,6	28,4	24,6
SA	52,2	45,1	28,6	30,5	5,4	4,4	26,4	22,9
AO	47,4	37,8	30,3	28,8	6,4	6,1	27,9	24,3
TE	49,9	37,6	30,9	28,1	5,8	5,9	29,8	25,6
PE	46,2	38,2	29,0	30,2	6,6	6,2	29,7	24,3
CH	48,2	36,7	31,8	29,6	6,6	5,9	27,5	24,6
CB	45,8	37,0	26,6	28,0	6,5	6,5	25,4	23,1
IS	49,5	41,0	27,6	27,8	6,5	6,4	26,9	22,5
FG	49,2	41,7	27,2	28,5	6,7	6,5	27,9	21,8
BA	50,4	39,6	28,6	26,3	6,0	6,4	24,9	24,6
TA	45,6	36,8	31,5	30,8	6,5	5,2	30,6	25,1
BR	48,0	39,1	30,3	29,7	7,2	6,1	26,8	23,7
LE	44,3	36,0	30,7	30,4	6,0	4,9	31,6	25,2
BR	47,1	37,3	32,6	30,7	6,7	6,1	31,0	22,7
LE	47,5	36,6	31,8	31,0	7,2	5,9	29,7	25,1
PZ	43,6	35,1	32,9	32,6	6,3	5,0	32,9	29,7
MT	50,4	41,2	25,6	26,4	6,6	5,9	27,1	24,2
CS	50,6	41,4	24,9	25,9	6,0	5,9	27,3	24,9
MT	50,0	40,7	27,1	27,6	7,9	5,8	26,9	22,7
CS	52,3	42,8	25,8	25,7	7,1	5,3	26,9	23,2
CZ	53,7	43,0	24,0	23,7	5,9	5,0	26,7	21,9
RC	51,9	42,4	25,8	25,5	6,4	5,3	30,5	24,2
KR	51,1	42,2	27,9	27,7	9,5	5,9	30,2	24,4
VV	55,2	48,0	27,7	26,9	7,2	6,2	30,7	22,7
TA	50,1	41,2	25,2	26,7	6,2	4,4	24,7	22,0
PA	56,6	44,7	28,4	27,9	6,7	5,0	32,5	26,6
TP	54,0	45,6	27,0	27,6	7,3	5,2	26,2	24,8
PA	56,1	43,4	31,4	30,1	6,0	4,4	35,1	29,4
ME	45,4	44,9	28,5	27,2	6,3	4,5	32,8	22,7
AG	51,5	43,3	23,5	25,9	7,5	5,3	30,7	25,4
CL	53,7	45,1	25,3	28,1	6,8	5,2	37,5	32,6
EN	59,3	44,9	21,4	23,2	5,8	5,1	36,4	29,6
CT	60,2	45,8	30,1	28,4	7,8	6,5	32,3	25,4
RG	54,1	42,5	28,2	28,6	6,0	5,4	25,6	22,1
SR	52,8	46,6	28,9	26,7	6,3	4,9	34,2	29,2
SS	49,6	38,2	32,6	32,5	6,3	7,0	30,4	27,0
NU	46,5	39,8	31,4	33,7	9,0	8,6	27,2	26,5
CA	43,8	36,0	32,8	32,7	8,2	6,6	33,6	27,8
OR	46,2	37,9	28,7	30,4	6,3	7,5	28,0	24,8
Italia	50,1	40,2	37,0	33,8	7,1	5,7	28,3	23,8
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

pacità 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 ma-

lattie 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 della 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. 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.

Abruzzo **il tasso di posti letto** **nei Dea è il doppio** **della media nazionale**

Nella Regione Abruzzo il tasso di posti letto nei Dipartimenti Emer-

genza 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.

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).

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

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	S.Circololet.		Tumori		Violente		Altre	
	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
Piemonte	33,8	27,0	19,5	18,3	3,7	2,9	16,0	15,3
TO Torino	33,1	26,0	19,4	18,1	3,9	2,9	15,5	14,6
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	3,6	2,6	15,7	17,0
BI Biella	34,7	27,3	19,2	17,6	3,5	2,9	17,9	14,2
Valle d'Aosta	33,4	24,8	17,6	19,4	4,4	3,6	16,7	14,7
AO Aosta	33,4	24,8	17,6	19,4	4,4	3,6	16,7	14,7
IG Liguria	32,0	24,8	19,5	18,1	3,3	2,3	16,6	16,3
IM Imperia	32,1	27,2	18,1	17,7	3,9	2,8	16,3	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
La Spezia	31,4	24,2	19,4	16,5	3,0	2,1	13,8	12,7
Lombardia	31,2	25,0	21,4	19,3	3,0	2,2	15,1	13,3
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	2,6	2,1	14,7	13,0
SO Sondrio	28,9	22,3	20,3	18,2	3,5	2,6	14,7	13,6
M1 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	24,4	24,8	23,0	20,4	3,6	2,4	16,8	16,6
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	30,0	28,7	22,3	19,2	3,4	2,2	16,3	14,1
MN Mantova	32,4	24,4	19,3	16,6	3,0	2,4	14,2	12,0
Trentino-A.A.	30,5	24,8	19,7	18,0	3,0	1,6	13,3	10,4
BZ Bolzano	30,7	24,9	20,2	18,2	3,0	1,8	12,2	10,6
TN Trento	31,4	24,8	19,4	17,9	3,0	2,4	14,3	10,3
Veneto	30,2	23,5	19,2	17,6	3,2	2,5	14,9	13,3
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	2,5	14,4	13,3
BL Belluno	19,5	24,0	18,0	16,0	3,0	2,1	14,1	13,1
TV Treviso	28,9	23,3	18,4	17,3	3,1	2,4	13,6	13,2
VE Venezia	28,9	23,4	20,9	18,7	2,9	2,5	15,1	12,7
PD Padova	25,2	21,9	18,8	18,0	3,1	2,4	15,2	13,7
RO Rovigo	26,4	24,4	19,4	17,8	3,2	2,6	14,4	12,9
Friuli-V.G.	32,3	24,3	21,5	19,6	3,5	2,8	15,7	13,9
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	24,1	23,0	20,4	3,2	2,7	17,8	16,6
PN Pordenone	30,3	22,8	20,2	17,7	3,0	2,4	14,2	12,6
Emilia-Romagna	29,6	23,5	19,9	18,2	3,2	2,5	13,9	12,8
PC Piacenza	34,6	24,5	20,1	18,2	3,5	2,5	13,1	12,1
PR Parma	29,4	23,8	20,7	19,2	3,0	2,4	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	14,4	13,1
BO Bologna	26,8	22,7	19,5	16,9	3,0	2,2	14,4	13,1
RN Rimini	28,4	24,4	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	28,8	22,7	17,5	18,0	3,5	3,0	12,2	12,0
FC Forlì-Cesena	26,2	22,1	20,3	18,0	3,0	2,4	12,0	10,9
Marche	30,3	24,0	17,6	16,0	3,1	2,6	13,9	11,7
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	13,1	11,5
MC Macerata	31,1	24,5	17,3	16,0	3,0	2,8	13,3	10,9
AP Ascoli Piceno	31,7	25,3	16,9	14,6	3,4	2,3	14,8	11,4
Toscana	31,5	25,2	19,0	17,0	3,2	2,3	14,6	13,1
MS Massa Carrara	31,6	25,0	18,1	17,1	2,5	2,2	17,8	15,1
LU Lucca	33,5	27,3	19,8	17,3	3,3	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	26,5	22,0	19,4	16,8	3,2	2,4	14,5	13,0
PO Prato	27,0	22,1	18,9	17,0	3,4	2,5	13,1	12,1
LI Livorno	32,4	27,2	19,2	17,6	4,1	3,1	16,2	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	14,6	13,1
SI Siena	33,2	28,4	19,5	17,8	3,6	2,9	17,2	11,6
GR Grosseto	32,5	26,7	19,1	17,1	3,3	2,3	16,2	12,9
Umbria	32,9	25,3	17,7	16,1	3,1	2,2	14,7	12,4
PG Perugia	32,2	24,8	17,9	16,2	3,1	2,2	14,1	12,1
TR Terni	34,7	26,7	17,3	16,9	3,0	2,0	15,0	12,1
Lazio	33,7	27,7	17,6	16,6	3,6	3,0	16,5	14,1
VT Viterbo	35,7	27,7	19,7	16,9	3,1	2,7	17,8	14,3
RI Rieti	31,6	27,1	18,8	16,4	3,8	2,5	16,8	14,3
RM Roma	32,3	27,0	18,4	17,7	3,7	3,1	16,8	14,3
LT Latina	36,1	29,7	18,1	16,3	3,3	3,2	15,6	13,2
FR Frosinone	39,3	31,2	14,8	14,2	2,9	2,5	14,1	12,1
Campania	44,6	36,0	16,7	15,7	2,4	2,2	18,3	16,3
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	35,1	18,3	18,3	2,5	2,3	24,2	20,8
AV Avellino	36,1	33,0	12,9	12,9	2,1	1,6	14,3	14,3
SA Salerno	39,4	32,0	14,6	15,5	2,2	2,3	16,3	16,0
Abruzzo	34,7	25,7	15,5	14,6	3,0	2,4	16,1	13,7
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	16,2
PE Pescara	34,3	24,3	16,6	14,8	3,7	2,6	16,4	12,2
CH Chieti	35,5	26,7	14,2	14,2	3,1	2,7	16,0	15,0
Molise	36,0	28,3	14,6	13,7	3,3	2,5	16,6	14,0
CB Campobasso	37,4	27,9	14,6	13,6	3,3	2,4	15,6	13,8
IS Isernia	32,9	29,3	14,4	14,1	2,7	2,0	13,6	13,5
FG Foggia	35,5	27,7	16,0	15,4	2,8	2,5	19,1	16,2
BA Bari	36,3	29,1	16,1	14,6	3,1	2,9	17,2	15,7
JA 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	33,0	26,7	15,5	15,1	2,5	2,2	18,9	14,7
Basilicata	41,4	30,8	14,5	14,0	2,5	2,7	18,0	14,5
PZ Potenza	41,8	30,3	14,4	13,5	2,6	2,6	17,8	14,3
MT Matera	40,6	32,0	12,8	12,8	2,3	2,9	18,3	15,0
Calabria	41,8	35,5	13,6	13,7	2,7	2,2	18,0	14,9
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	15,0	14,4
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
TP Trapani	42,5	33,6	16,2	15,4	2,6	2,5	21,6	17,1
PA Palermo	42,7	32,4	15,3	14,3	3,0	2,6	17,4	14,6
ME Messina	37,7	32,2	17,0	16,9	2,6	2,6	24,6	20,3
AG Agrigento	42,0	32,7	16,3	14,8	2,4	2,1	21,1	14,5
CL Caltanissetta	43,2	33,9	13,8	14,2	2,5	2,8	19,1	16,6
EN Enna	46,5	37,8	14,5	15,6	2,4	2,6	24,7	19,2
CT Catania	47,8	38,4	15,5	12,6	2,6	2,5	21,3	16,2
RG Ragusa	46,4	34,0	17,4	16,2	2,7	2,5	21,3	16,5
SR Siracusa	42,8	33,8	15,7	15,7	2,5	2,4	18,8	17,0
Sardegna	32,1	25,2	17,4	16,2	3,4	3,0	18,5	16,1
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
Italia	34,0	27,0	18,7	17,3	3,1	2,4	16,5	14,5
Dev.St.	5,1	3,9	2,6	2,1	0,5	0,4	2,1	2,1
CV*100 (**)	14,9	14,5	13,8	11,8	15,3	16,3	16,3	14,1

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 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 diretto 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.

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 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.

Sardegna 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.