ATTI PARLAMENTARI
XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. L
n. 1

RELAZIONE

SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE

(ANNO 1996)

(Articolo 8, comma 3, della legge 23 febbraio 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sostituito dall'articolo 2, lettera c) del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517)

Presentata dal Ministro della sanità
(BINDI)

Trasmessa alla Presidenza il 23 luglio 1997

TIPOGRAFIA DEL SENATO (300)

PAGINA BIANCA

INDICE

Presentazione ..... *Pag.* 9

Introduzione ..... » 11

1. il riordino del Servizio Sanitario Nazionale ..... » 15

1.1 premessa ..... » 17

1.2 pluralismo di responsabilità e di modelli organizzativi ..... » 18

l'ordinamento e l'aziendalizzazione degli Enti di gestione ..... » 18

stato di attuazione ..... » 19

1.3 la programmazione quale strumento di governo della spesa ..... » 21

il modello della programmazione ed il P.S.N. . » 21

la programmazione regionale ..... » 22

lo stato di attuazione del PS.N. aggiornamento al 1996 ..... » 22

lo stato di attivazione dei distretti sanitari di base ..... » 24

il sistema dell'emergenza sanitaria di base .... » 26

la riorganizzazione della rete ospedaliera ..... » 28

lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo «Tutela materno infantile» ..... » 30

lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo «Tutela della salute degli anziani» ..... » 33

lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo «Tutela della salute mentale 94/96» ..... » 34

l'assetto normativo-programmatorio regionale per il settore (tab. 1) ..... » 34

istituzione e organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale da parte dell'Azienda USL con le caratteristiche organizzativo/programmatorio/gestionali destinate nel PON. (tab. 2) ..... » 35

lo stato di implementazione dei progetti di superamento nei 16 Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e nei 2 Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati visitati nel corso della verifica (tab. 3) ..... » 36

trapianti ..... » 38

1.4 la ricerca e la formazione ..... *Pag.* 39
la formazione del personale ..... » 42
1.5 il nuovo sistema di finanziamento ..... » 42
premessa ..... » 42
i correttivi strutturali ai meccanismi di spesa .. » 45
l'allocazione delle risorse ..... » 46
remunerazione delle prestazioni sanitarie ..... » 46
accreditamento delle strutture ..... » 47
remunerazione delle prestazioni secondo tariffe prestabilite ..... » 47
stato di attuazione ..... » 49
1.6 la qualità delle prestazioni del S.S.N. ..... » 51
premessa ..... » 51
il sistema degli indicatori ..... » 51
la Carta dei servizi sanitari ..... » 52
stato di attuazione ..... » 53

2. lo stato di salute della popolazione ..... » 55
2.1 popolazione ..... » 57
2.2 movimento demografico ..... » 59
2.3 indicatori demografici ..... » 60
natalità ..... » 62
mortalità ..... » 63
2.4 la mortalità generale ..... » 66
2.5 la mortalità per causa ..... » 66
uomini: distribuzione geografica della mortalità specifica nel 1993 ..... » 71
donne: distribuzione geografica della mortalità specifica nel 1993 ..... » 73
2.6 gli eventi evitabili ..... » 75
malattie infettive ..... » 75
la mortalità evitabile ..... » 81
mortalità per cause accidentali e violente ..... » 86
2.7 la frequenza delle malattie croniche ..... » 93
indagine ISTAT su «Stili di vita e condizioni di salute» ..... » 94
la frequenza dei tumori ..... » 95
la frequenza delle malattie ischemiche del cuore ... » 103
la frequenza delle patologie del sistema nervoso centrale ..... » 105

3. i servizi e l'assistenza sanitaria ..... » 107
3.1 introduzione ..... » 109
3.2 il personale del Servizio Sanitario Nazionale nelle varie realtà geografiche del paese ..... » 110

3.3 assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro ..... *Pag.* 110
dati anagrafici dei presidi preposti ..... » 110
3.4 assistenza sanitaria di base ..... » 113
assistenza medica di base ..... » 114
medicina generale e pediatria: indicatori di risorse e di attività ..... » 114
guardia medica: indicatori di risorse e di attività ... » 117
3.5 assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale .. » 117
presidi per l'attività specialistica ..... » 121
consultori materno-infantili ..... » 121
presidi per tossico-dipendenti ..... » 121
presidi per l'assistenza psichiatrica territoriale . » 121
3.6 assistenza ospedaliera ..... » 122
dati anagrafici degli istituti di cura ..... » 122
attività di pronto soccorso ..... » 128
mobilità ospedaliera ..... » 128
personale ospedaliero ..... » 128
3.7 assistenza sanitaria residenziale a persone non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati ..... » 130
presidi per l'assistenza agli anziani ..... » 130
comunità terapeutiche per tossicodipendenti .... » 130
3.8 la scheda di dimissione ospedaliera ..... » 131

4. la spesa ..... » 135
4.1 premessa ..... » 137
4.2 la spesa sanitaria pubblica complessiva ..... » 137
4.3 la spesa per tre livelli di assistenza ..... » 140
introduzione ..... » 140
l'assistenza ospedaliera ..... » 141
l'assistenza sanitaria di base ..... » 148
i servizi di supporto all'organizzazione assistenziale ..... » 154
4.4 la spesa per l'assistenza specialistica e l'altra assistenza ..... » 159
introduzione ..... » 159
l'assistenza specialistica ..... » 159
l'altra assistenza ..... » 162
4.5 considerazioni finali ..... » 162

5. sintesi conclusiva ..... » 165
5.1 premessa ..... » 167
5.2 l'avvio del riordino del Servizio Sanitario ..... » 168
5.3 lo stato di salute della popolazione ..... » 170

5.4 i servizi e l'assistenza sanitaria ..... *Pag.* 175
5.5 la spesa ..... » 177

INDICE DELLE FIGURE

capitolo 1

1 il riordino del Servizio Sanitario Nazionale ..... » 20
2 adeguamento della pianificazione regionale ai contenuti del PSN 94-96 ..... » 23
3 il finanziamento della ricerca con 1 per cento del Fondo Sanitario Nazionale ..... » 40
4 il finanziamento corrente del Servizio Sanitario Nazionale ..... » 44
5 normative regionali in materia di tariffe ..... » 50

capitolo 2

1 concentrazione territoriale della popolazione italiana e presenza straniera al 1-1-95 ..... » 58
2 alcuni indicatori demografici ..... » 61
3 il processo di invecchiamento della popolazione italiana ..... » 65
4 mortalità totale, per varie classi di età ..... » 67
5 distribuzione regionale della mortalità infantile ..... » 68
6 distribuzione regionale della mortalità per tutte le età ... » 69
7 numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause e percentuale rispetto al totale dei decessi dal 1980 al 1993 ..... » 70
8 distribuzione regionale della mortalità per le principali cause di morte, per tutte le età (1993) ..... » 72
9 l'AIDS in Italia ..... » 79
10 mortalità totale, per varie classi di età ..... » 83
11 distribuzione regionale della mortalità evitabile, tassi per 10.000 abitanti ..... » 84
12 decessi per cause accidentali e violente ..... » 88
13 infortuni sul lavoro ..... » 91
14 malattie croniche e percezione dello stato di salute » 96
15 malattie croniche: neoplasie ..... » 99
16 malattie croniche: stima dell'incidenza di alcuni tumori ..... » 101
17 malattie croniche: stima di prevalenza di alcuni tumori ..... » 102
18 alcuni indicatori di patologie cardio-vascolari ..... » 104

capitolo 3

1 il personale del 5.5.N. (1994) ..... » 111
2 il personale del 5.5.N.: rapporti ..... » 112

3 assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro ..... *Pag.* 113
4 assistenza sanitaria di base: medicina generale ..... » 115
5 assistenza sanitaria di base: pediatria ..... » 116
6 assistenza sanitaria di base: attività di guardia medica ... » 118
7 assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale » 119
8 assistenza specialistica: alcune tipologie particolari . » 120
9 assistenza ospedaliera ..... » 123
10 assistenza ospedaliera: la dotazione di posti letto .. » 124
11 analisi della degenza negli ospedali pubblici e convenzionati ..... » 126
12 assistenza ospedaliera ..... » 127
13 indice di attrazione ..... » 129

capitolo 4

1 la spesa sanitaria pubblica complessiva ..... » 139
2 assistenza ospedaliera, spesa complessiva ed incidenza della convenzionata ..... » 143
3 spesa per assistenza ospedaliera ..... » 144
4 assistenza ospedaliera: confronti ..... » 145
5 alcuni fattori influenti sulla spesa ospedaliera (1994) .... » 147
6 assistenza sanitaria di base, farmaceutica e guardia medica ..... » 151
7 assistenza sanitaria di base: confronti ..... » 152
8 i servizi di supporto ..... » 156
9 composizione della spesa per attività di supporto all'organizzazione ..... » 158
10 assistenza specialistica convenzionata ..... » 161

capitolo 5

1 confronti internazionali (dati O.M.5. – banca dati HFA) ..... » 174

Allegato statistico ..... » 181

PAGINA BIANCA

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

La Relazione sullo Stato sanitario del Paese 1996 risponde a un impegno previsto dai decreti legislativi 502/92 e 517/93 e, nelle intenzioni del legislatore, si offre come strumento di monitoraggio e verifica dei risultati conseguiti nella politica sanitaria del paese. Un documento, quindi, assai diverso dall'ultima Relazione, puramente illustrativa, presentata nel 1991 secondo il dettato della legge n. 833/78 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

Lo scarto temporale e soprattutto legislativo ha imposto a questo lavoro modalità e tempi per certi versi eccezionali. Al momento, infatti, non si sono ancora completamente verificate tutte le condizioni per una Relazione che risponda puntualmente alle caratteristiche previste dai decreti di riordino del SSN. La Relazione, che riguarda gli anni 1992-1996, ha pertanto un carattere dichiaratamente di transizione e segna il passaggio tra un «prima», non del tutto alle nostre spalle, e un «poi» in gran parte da costruire.

Questo documento, d'altra parte, vede la luce in una fase impegnativa della vita politica e sociale del Paese, mentre è in corso un ampio e approfondito dibattito sulla riforma della Stato sociale. Non a caso, questo tema, cruciale per tutti i paesi industrialmente più avanzati, costituisce uno dei cardini dell'agenda di lavoro del Governo. Quale ruolo può giocare il Servizio Sanitario Nazionale e come si presenta a questo appuntamento?

Nella prospettiva di riforma dello Stato sociale, la Sanità può fare da apripista. Anzi, in un certo senso, sta già sperimentando la riforma possibile.

Basta considerare le profonde trasformazioni, alcune tuttora in corso, che hanno investito il Servizio Sanitario Nazionale, sia sul piano istituzionale che su quello organizzativo.

Ben prima che in altri comparti della Pubblica amministrazione, il decentramento politico-amministrativo ha impresso un'impronta federalista al governo della sanità, mentre il nuovo profilo «aziendale» assunto dalle Usl ha delineato un modello gestionale che garantisca l'equilibrio tra risorse e bisogni dei cittadini. Anche il rapporto pubblico-privato, giocato sulla pari dignità e la competizione nella qualità delle prestazioni in un quadro programmatorio, definisce un nuovo modello di relazioni tra Stato e Mercato.

Tutto ciò è in moto da poco più di tre anni, con esiti a volte contraddittori e non sempre del tutto coerenti con le finalità e gli obiettivi della riforma sanitaria. Ma i segnali positivi non mancano, sia sul versante del «sistema salute» che sul quello organizzativo e finanziario.

La complessa radiografia della sanità italiana, documentata in questa Relazione, consente perciò un bilancio, seppure parziale, di questa impegnativa transizione.

L'analisi degli indicatori sanitari mostra un quadro sostanzialmente in linea con gli altri Paesi dell'Unione Europea. I dati sulla mortalità e sulla morbosità ci pongono, in alcuni casi, anche al di sopra degli *standards* europei. La speranza di vita alla nascita in Italia è ormai superiore al valore medio che si registra in Europa. La mortalità per tutte le cause e la mortalità per malattie del sistema circolatorio hanno raggiunto valori inferiori a quelli che si registrano nei paesi della Unione Europea, nella Europa centrale ed orientale, nei Paesi nordici e nei nuovi Stati indipendenti.

La tutela della salute appare dunque sufficientemente ampia, grazie ad una articolata rete di tipologie di risposta. Ma restano ancora differenze profonde e inaccettabili fra le varie regioni ed aree del Paese.

Occorre pertanto proseguire nello sforzo avviato. Non solo per migliorare e rendere omogenea su tutto il territorio l'organizzazione e l'offerta dei servizi ma anche per ottimizzare le risorse finanziarie a disposizione in relazione ad una più attenta valutazione dei reali obiettivi di salute.

La legge finanziaria 1997 si è mossa lungo questa direzione. Sono stati previsti interventi strutturali, di razionalizzazione della spesa con effetti non contingenti e occasionali, si è avviato un processo di qualificazione delle risorse disponibili capace di riassorbire progressivamente i residui fattori di dispersione del sistema. Non è in gioco solo il livello della spesa sanitaria – oggi non comprimibile e che anzi andrà adeguato – ma soprattutto la sua produttività.

Questi risultati potranno essere raggiunti concretamente quando sarà definito il processo di «aziendalizzazione» delle U.s.l. che non può certo considerarsi esaurito con la nomina dei direttori generali ma richiede ben più ampi processi di riorganizzazione che coinvolgano tutti gli operatori. Si tratta, insomma, di ripensare il «modo di programmare» l'offerta sanitaria sapendo che occorre, contestualmente, educare la domanda. Un nuovo approccio, innanzitutto culturale, che faccia leva anche sulla appropriatezza delle prestazioni piuttosto che sulla loro quantità.

Non a caso, il nuovo Piano Sanitario Nazionale dovrà individuare con più chiarezza i livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale e dedicare particolare attenzione alle strategie di integrazione tra intervento sociale e intervento sanitario, prevedendo per ogni livello di governo del sistema adeguati strumenti di valutazione e di misurazione della qualità.

A partire da questa Relazione, intendiamo predisporre annualmente un documento di sintesi su alcuni aspetti di particolare rilevanza del SSN, mentre appare più opportuno offrire il quadro completo e puntuale della situazione sanitaria italiana al termine del periodo triennale di validità del Piano Sanitario Nazionale. È, infatti, preciso intendimento di questa Amministrazione documentare in modo efficace e costante l'evoluzione del «sistema salute» del Paese.

On. Rosy Bindi
Ministro della Sanità

Introduzione

PAGINA BIANCA

Il Decreto legislativo 502/92 modifica sostanzialmente rispetto alla 833/78 i contenuti della Relazione connotandola anche quale strumento di verifica della attuazione delle linee programmatiche sanitarie del Governo.

Tale documento, inoltre, costituisce un primo esempio delle prossime Relazioni, che dovranno rappresentare, in modo più completo:

le modalità di utilizzazione delle risorse, individuando i livelli di produzione dei servizi e il relativo costo, e tenendo conto delle specificità delle diverse strutture organizzative regionali;

la quantificazione in modo parametrabile tramite idonei indicatori del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e la valutazione dell'efficienza nella gestione delle risorse;

la individuazione degli scostamenti dagli obiettivi del P.S.N. per l'adozione di idonei correttivi;

analisi e valutazioni queste, che, al momento, non risultano possibili in considerazione della fase di avvio del processo di riordino e della recente introduzione degli strumenti indispensabili (ad es. indicatori ex art.10 e 14 del Decreto legislativo 502/92, contabilità analitica, analisi delle schede di dimissione ospedaliera, analisi dei D.R.G. ospedalieri).

Questa relazione si basa sui dati ufficiali più recenti, disponibili al 31 dicembre 1996. La sua impostazione si connota, quindi, per il tentativo di:

definire gli scopi e gli obiettivi del Servizio Sanitario delineato dal processo di riordino;

rappresentare lo stato di salute generale della popolazione quale «prodotto» el S.S.N.;

valutare la condizione organizzativa esistente;

identificare le attività sviluppate e le risorse impegnate.

Le caratteristiche generali del Documento sono le seguenti:

semplicità – rappresentata da una attenta selezione delle fonti: per i commenti e le analisi sono stati estrapolati i dati più significativi delle fonti ufficiali (Ministero della Sanità-S.I.S., ISTAT, Istituto Superiore di Sanità, I.S.P.E.S.L., INAIL, ecc.). I dati di dettaglio non sono direttamente commentati nel documento ma sono inclusi in una appendice (allegato statistico) che fà parte integrante della Relazione;

analisi dei trend – considerato l'ampio arco temporale è stato privilegiata l'attenzione ai trend, considerando i fenomeni in un periodo di tempo più lungo di quello strettamente definito dal titolo;

ottica regionale – tutti i dati, per quanto possibile, sono riportati alle regioni di competenza, nel tentativo di far emergere comportamenti tipici da commentare ed utilizzare per futuri approfondimenti.

La Relazione è così strutturata:

I provvedimenti di riordino del S.S.N.

In modo sintetico, vengono esposti i principi informatori del processo di riordino del S.S.N. facendo cenno:

a) al nuovo profilo istituzionale e organizzativo gestionale;
b) al nuovo sistema di finanziamento del S.S.N.;
c) alla qualità delle prestazioni del S.S.N.

Le condizioni sanitarie della popolazione

Sono stati esaminati i principali indicatori statistici ed epidemiologici inerenti la demografia della popolazione residente e straniera: natalità e mortalità, cause di morte, eventi «evitabili» (malattie infettive, mortalità «evitabile», incidenti stradali, incidenti domestici, infortuni sul lavoro).

Con i paragrafi dedicati alla frequenza delle malattie croniche e alla frequenza delle patologie del Sistema Nervoso Centrale, si forniscono ulteriori indicazioni per una corretta valutazione del fabbisogno sanitario e la conseguente programmazione.

L'analisi dell'offerta

Fatto cenno agli indicatori previsti dal D.M. 24 luglio 1995, sono esaminati in dettaglio alcuni elementi che configurano l'offerta dei servizi nelle varie realtà geografiche del Paese, con riferimento ai livelli uniformi di Assistenza sanitaria e alla mobilità ospedaliera fra regioni.

L'analisi della spesa

La spesa sanitaria pubblica complessiva è stata rielaborata, ricostruendo i dati relativi alla spesa per tre livelli di assistenza:

assistenza ospedaliera;
assistenza sanitaria di base;
servizi di supporto all'organizzazione assistenziale.

1. Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

PAGINA BIANCA

1.1 PREMESSA

I decreti di riforma del S.S.N., elaborati negli anni 92-93, definiscono una chiara strategia di intervento, mirata ad un recupero di efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari, nella consapevolezza che, in una situazione di cronica scarsità di risorse, tale strategia è indispensabile per consentire la tutela dello stato di salute della popolazione, obiettivo primario ed irrinunciabile sancito dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Ma un recupero di efficienza in presenza di continue e crescenti difficoltà finanziarie è tutt'altro che facile. Per questo, i decreti di riforma introducono profonde modifiche ordinamentali volte soprattutto ad incidere sul modello organizzativo, il cui denominatore comune è dato dal richiamo a principi gestionali aziendali.

Introdotte queste modifiche nell'ordinamento, si tratta di vedere ora come esse vengono messe in pratica, e come si tradurranno in una gestione diversa rispetto al passato, non tanto nella forma esteriore, quanto nella sostanza.

I decreti di riforma, nel tentativo di recuperare la complessa macchina sanitaria a comportamenti gestionali più aderenti alla realtà del Paese che si sta delineando in conformità delle modifiche introdotte nell'assetto organizzativo della Pubblica Amministrazione, agiscono su più livelli:

istituzionale – con una diversa articolazione di responsabilità fra centro e periferia, sulla base di un modello incardinato sulle regioni;

organizzativo – introducendo concetti «aziendali», schemi contabili e figure professionali tipici della gestione d'impresa;

finanziario – con meccanismi di allocazione e di utilizzazione delle risorse capaci di stimolare la competitività, e quindi l'efficienza, delle strutture così «aziendalizzate»;

gestionale – con l'adozione di un articolato sistema di verifica dei risultati e di misura della soddisfazione degli utenti, cui viene riconosciuto un ruolo di partecipazione e di responsabilità nei confronti del sistema stesso.

L'importanza di questi cambiamenti – così come sono stati definiti dal legislatore – giustificano una attenta osservazione sul come e sul quanto essi vengano recepiti nelle varie realtà istituzionali.

Dalla loro traduzione pratica infatti si deciderà il futuro dell'assistenza sanitaria e in ispecie la verifica della regionalizzazione e della aziendalizzazione di un primo grande settore della Pubblica Amministrazione italiana.

Nei paragrafi seguenti, la Relazione cercherà di dar conto di come il cambiamento introdotto dai decreti di riforma si stia svi-

luppando nelle varie realtà del Paese, considerando i suoi principali aspetti:

rapporti Stato-Regioni;
nuovo sistema di finanziamento;
sistemi di controllo della qualità e tutela dei diritti del cittadino.

1.2 PLURALISMO DI RESPONSABILITÀ E DI MODELLI ORGANIZZATIVI

Rapporti Stato-regioni

In aderenza al principio dell'art. 117 della Costituzione, che attribuisce alle Regioni la competenza legislativa e amministrativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, l'impianto della nuova normativa è orientato in chiave fortemente regionalistica, sia sul piano istituzionale che su quello economico-finanziario. In tal senso la normativa è chiara, evidenziando la divisione delle competenze fra il livello nazionale e quello regionale.

Al livello centrale è data una competenza programmatoria che, compatibilmente con le risorse a disposizione, definisce i livelli minimi di assistenza da garantire uniformemente alla popolazione, individua gli obbiettivi da conseguire, non tralasciando il confronto con quelli posti dagli organismi internazionali, e infine dispone la verifica della congruità dei risultati agli obiettivi in un quadro non invadente delle competenze regionali.

Alle singole regioni compete invece la definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del Servizio ed ogni altra azione finalizzata al suo governo, inclusa la potestà di riconoscere livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli previsti su scala nazionale, con le correlate possibilità di imporre ulteriori prelievi ai cittadini residenti.

Risulta così chiaro l'orientamento del legislatore: attribuire alle Regioni la responsabilità non solo degli aspetti organizzativi, ma anche della spesa. Ciò è confermato dal fatto che ogni spesa eccedente le risorse attribuite in relazione alle quote capitarie di finanziamento deve far carico esclusivamente alla Regione, salvo che non discenda da scelte esclusive e determinanti dello Stato.

L'ordinamento e l'aziendalizzazione degli enti digestione

Un altro fondamentale aspetto della riforma è rappresentato, oltre che da una più netta ripartizione delle competenze fra il livello centrale e quello regionale, dalla costituzione delle U.S.L. e degli Ospedali di maggior rilievo in aziende speciali con personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa e amministrativo-patrimoniale (autonomia comunque vincolata all'obbligo del pareggio di bilancio).

La U.S.L. non è più, come nella Legge 833/1978, istitutiva del S.S.N., una struttura operativa del Comune, bensì una Azienda infraregionale e quindi dipendente dalla Regione. Parimenti dicasi per le Aziende Ospedaliere.

La vecchia U.S.L. si trasforma così in Azienda di servizi, ente strumentale della Regione in materia sanitaria. I precedenti organi di gestione collegiali (Assemblea Generale/Consiglio Comunale e Comitato di Gestione) sono sostituiti da un Direttore Generale, coadiuvato da un Direttore Sanitario e da un Direttore Amministrativo, e tutta la sua azione si basa sugli strumenti propri dell'economia aziendale.

Oltre alla trasformazione dell'assetto organizzativo delle U.S.L. si attua una riduzione nel loro numero, in modo da ottenere un nuovo, meno polverizzato, azzonamento del territorio.

Lo scopo di questa innovazione è evidente: conferire alla gestione quelle caratteristiche di maggiore incisività, efficienza ed efficacia tali da consentire, in una prospettiva di medio e lungo termine, una migliore gestione delle risorse, realizzando quegli obiettivi di ottimizzazione del rapporto costi-benefici sulla cui mancata realizzazione si è compiuto il ciclo storico del precedente sistema.

Stato di attuazione

Le Regioni, in attuazione della riforma, hanno pertanto dovuto provvedere alla:

ridefinizione degli ambiti territoriali delle U.S.L. e costituzione delle nuove aziende (U.S.L. e ospedali);

nomina degli organi direttivi e di controllo delle aziende;

emanazione di norme specifiche per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende.

Le leggi regionali con le quali sono stati definiti i nuovi ambiti territoriali sono state adottate quasi tutte nel secondo semestre dell'anno 1994 ed alcune anche nel corso dell'anno 1993 (Bolzano, Trento, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Sicilia).

Alla fine del 1995 tutte le Regioni avevano definito gli ambiti territoriali delle USL e provveduto alla emanazione di regole, sia pure in modo parziale, per il riordino dei servizi sanitari regionali.

Nel corso del 1995 tutte le regioni, ad eccezione della Sardegna che vi ha provveduto durante il 1996, hanno nominato i Direttori Generali delle USL e delle Aziende Ospedaliere. Tuttavia la situazione, fra ricorsi amministrativi e invalidazione da parte dei TAR di alcune nomine, rimane ancora non compiutamente definita (Fig. 1).

Un ulteriore aspetto da evidenziare è rappresentato dal fatto che solo alcune regioni hanno emanato specifiche leggi di contabilità e di finanziamento per gli enti di gestione dell'assistenza sanitaria (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Puglia, Basilicata).

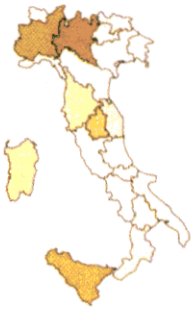
In altri casi (Campania, Sardegna, Sicilia e P.A. di Trento) le norme di riordino del Servizio sanitario regionale contengono norme di carattere generale anche sul nuovo sistema contabile.

Fig. 1 il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

A rapporto fra le vecchie usl e le nuove aziende sanitarie

Il numero delle Unità sanitarie locali è passato dalle 659 unita preesistenti a 228 Aziende sanitarie locali a queste si aggiungono oltre 90 Aziende Ospedaliere individuate ai sensi della 502/92 fra le strutture di rilievo nazionale, Policlinici Universitari a gestione diretta, Ospedali con triennio di formazione universitario e Ospedali per le rete del'emergenza.

B percentuale regionale di aziende sanitarie ed ospedaliere prive di direttore generale (luglio 1996)



La percentuale di aziende carenti del Direttore Generale permane tuttora elevata: a luglio 1996 (circa il 40%)

1.3 LA PROGRAMMAZIONE QUALE STRUMENTO DI GOVERNO DELIA SPESA

Il modello di programmazione ed il P.S.N.

I Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 confermano l'impianto generale del modello programmatorio adottato dal legislatore della Legge 833/78 e completano il processo di delegificazione del Piano sanitario nazionale già ampiamente avviato con la Legge 595 del 1985.

Già la Legge n. 833/78, istitutiva del S.S.N., ha adottato la programmazione quale metodo ordinario di governo e di sviluppo del sistema sanitario. Purtroppo, fino al più recente passato, la mancanza di più precisi strumenti operativi e di un più idoneo assetto organizzativo ha ostacolato azioni di governo della sanità tali da soddisfare i criteri di efficienza ed efficacia indispensabili per la riqualificazione del sistema.

Il P.S.N. relativo al triennio 1994-96, approvato con D.P.R. 1 marzo 1994, rappresenta il primo Piano Nazionale emanato dal 1978. Esso indica (art 1, commi 1, 2, 3):

le aree prioritarie d'intervento, anche ai fini del riequilibrio territoriale;

i livelli uniformi di assistenza;

i progetti-obiettivo;

le esigenze di ricerca biomedica e sanitaria applicata;

gli indirizzi relativi alla formazione del personale;

le modalità per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente;

assicurati;

i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del Piano.

Il P.S.N. si pone, nel contesto delle riforme istituzionali ed organizzative, come un concreto strumento di governo.

Il Piano specifica infatti sei livelli uniformi di assistenza da garantire attraverso il S.S.N.:

assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;

assistenza sanitaria di base;

assistenza specialistica semi residenziale e territoriale;

assistenza ospedaliera;

assistenza sanitaria residenziale e non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati;

attività di supporto all'organizzazione assistenziale

e suggerisce interventi da realizzare nel triennio di riferimento, quali:

l'azzeramento o la forte riduzione della mobilità ospedaliera interregionale per i ricoveri nelle discipline di base;

la riduzione del ricorso alle strutture ospedaliere estere;

la riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali;

il potenziamento delle attività di day hospital, con il suggerimento di trasferire, in ambito regionale, il 10% dei ricoveri ospedalieri in trattamento a ciclo diurno;

lo sviluppo della «ospedalizzazione domiciliare» con la tendenza di trasferire alla ospedalizzazione domiciliare, nel triennio, una quota di ricoveri ospedalieri approssimata al 3%.

La programmazione regionale

L'art. 1, comma 5, del Decreto Legislativo n. 502/92 prevedeva che le Regioni adottassero o adeguassero i propri Piani Sanitari Regionali (P.S.R.) ai con tenuti del P.S.N. nel termine di centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione di quest'ultimo.

Al luglio del 1996 sono solo quattro i Piani Sanitari Regionali adottati in conformità ai contenuti del P.S.N. Per altro l'art. 1 del Decreto Legislativo 502/92 prevede la possibilità che i Piani regionali non siano interamente sostituiti ma solamente adeguati alle nuove norme.

Il suddetto decreto ha infatti modificato l'impianto generale, organizzativo, gestionale e di finanziamento del S.S.N., ma non ne ha modificato i principi dettati dalla legge 833/78.

In undici Regioni sono vigenti Piani sanitari adottati in attuazione della normativa precedente al Piano nazionale ed in sei regioni non sono stati ancora emanati Piani sanitari anche se, come è ovvio, una significativa attività programmatica emerge comunque dal contesto dei provvedimenti emanati dalle varie realtà regionali nel settore della sanità ed è sintetizzata nella Fig. 2 che rappresenta il probabile livello di coerenza fra la pianificazione regionale e quella nazionale.

Lo stato di attuazione del P.S.N. aggiornamento al 1996

Il Ministero della Sanità, avvalendosi dell'apposito nucleo ispettivo (SAR) operante presso il Dipartimento della Programmazione ha avviato a partire dal 1995 una serie di indagini conoscitive al fine di valutare l'attuazione nel territorio nazionale delle principali norme e delle indicazioni espresse dal Piano Sanitario Nazionale con particolare riguardo alla:

attivazione dei distretti sanitari di base;
alla rete dell'emergenza,
alla riorganizzazione della rete ospedaliera;

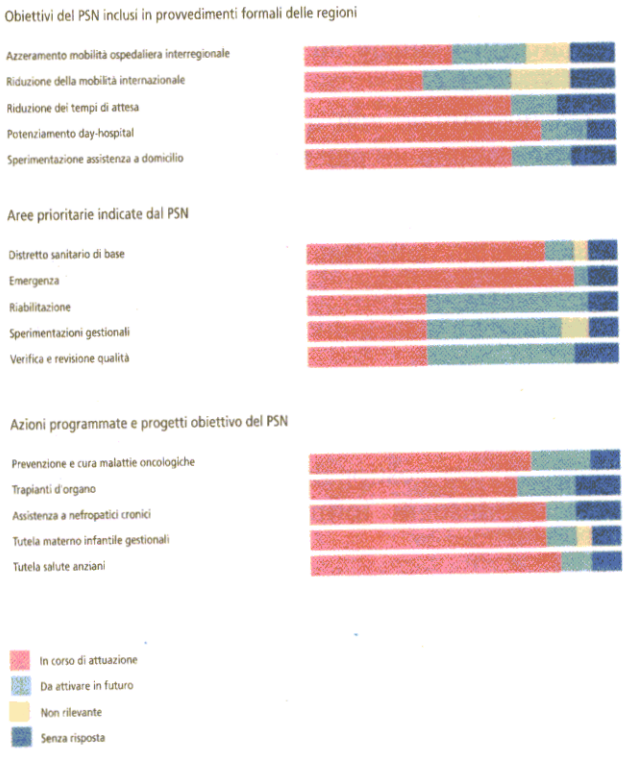
e allo stato di attuazione dei progetto-obiettivo e delle azioni programmate:

tutela della salute degli anziani;
tutela della salute materno infantile;
tutela della salute mentale;
trapianti.

Fig. 2 adeguamento della pianificazione regionale ai contenuti del PSN 94-96

A piani sanitari regionali vigenti al 7/96

B obiettivi del PSN inclusi in provvedimenti formali delle regioni



Lo stato di attivazione dei distretti sanitari di base

Il distretto sanitario di base (DSB) delineato dal Piano Sanitario Nazionale 1994/96 tra le aree prioritarie per il triennio rappresenta un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda USL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi ed i servizi socio-assistenziali. Tale integrazione, la partecipazione del medico di base, la conseguente possibilità di adottare o di potenziare forme di assistenza integrative o alternative rispetto all'attività ospedaliera consentono una nuova e più razionale organizzazione dell'offerta, sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera sia per l'assistenza extra-ospedaliera.

Nel biennio 1995-96 è stata condotta una verifica presso 38 Aziende sanitarie di 20 regioni ed altrettanti DSB presenti su tutto il territorio nazionale.

Le Regioni hanno provveduto, nella gran parte dei casi, alla definizione di modelli organizzativi per le Aziende USL, individuando il DSB come un elemento organizzativo primario, centro di responsabilità, che risponde direttamente alla direzione aziendale, o altrimenti come un mero punto erogativo di prestazioni, non individuabile come centro di responsabilità, dipendente gerarchicamente da un dipartimento o da un Servizio, o ancora come una struttura con caratteristiche intermedie tra i due modelli appena descritti. Tutte le Regioni e le Provincie Autonome hanno definito i criteri di individuazione degli ambiti territoriali dei DSB, emanando provvedimenti legislativi ad hoc in taluni casi.

I criteri maggiormente utilizzati sono stati:

corrispondenza dell'area distrettuale ad una ben definita popolazione residente;

coincidenza dell'area distrettuale con quella complessiva di una o più circoscrizioni comunali, o uno o più Comuni.

I criteri per l'individuazione del responsabile/coordinatore del DSB sono stati definiti dalla quasi totalità delle Regioni e dalle due Provincie Autonome.

Solamente in poche realtà sono stati individuati ed attuati programmi socio assistenziali.

Tutte le Regioni (ad eccezione del Molise) e le Provincie Autonome hanno organizzato iniziative di formazione e di aggiornamento, anche se con modalità organizzative e gestionali differenti e non sempre rispondenti ad una analisi dei bisogni formativi degli operatori del DSB.

Per la valutazione dello stato di attivazione dei distretti nelle Aziende USL sono stati presi in esame:

i criteri adottati per l'individuazione del DSB;

l'articolazione del DSB e le sue funzioni;

le modalità di integrazione del DSB con l'assistenza ospedaliera, con l'assistenza sanitaria di base e con l'assistenza specialistica territoriale;

le modalità di attuazione delle attività socio-sanitarie integrate (ADI).

A fronte di Aziende dotate di progettazione e programmazione compiute (organigrammi organizzativi e contabili, funzionigrammi, nonchè regolamenti aziendali), altre sono ancora nella fase iniziale del processo di aziendalizzazione (dalla ricognizione delle proprie risorse, alla valutazione dei bisogni, all'articolazione aziendale) dovuta spesso alla necessità di dover integrare ed uniformare le diverse realtà delle ex USL confluite nell'Azienda.

La maggior parte delle Aziende USL ha effettuato una prima ricognizione delle strutture, delle attrezzature e degli operatori.

In merito alla rilevazione dei bisogni dell'utenza, è emerso che delle Aziende USL:

circa la metà, non ha condotto alcun tipo di indagine;
una piccola parte è impegnata in studi mirati;
la restante parte, pur avendo proceduto all'individuazione dei bisogni principali della popolazione di riferimento, non ha fornito un quadro completo ed esaustivo degli stessi.

In alcuni casi sono stati effettuati studi epidemiologici in collaborazione con altri enti ed istituti, per lo più universitari, limitatamente ad alcuni argomenti (tumori, tossicodipendenze, incidenti stradali, demenze, etc.) ovvero ad alcuni gruppi di popolazione (anziani, utenti dei consultori, etc.). Oltre la metà delle Aziende USL ha dato l'avvio all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con procedure e modalità differenti. L'A.D.I. viene attuata soprattutto nei confronti della popolazione anziana, nell'ambito dello specifico progetto di tutela della salute. Spesso le attività di A.D.I. risultano avviate solo in alcuni DSB della stessa Azienda USL e/o sono in fase del tutto sperimentale.

Per ogni DSB visitato, è stata verificata la frequenza relativa nell'attivazione di un certo numero di funzioni considerate caratterizzanti per il DSB. Dette funzioni (vedi tabella allegato statistico), riguardano attività connesse con l'erogazione di prestazioni nei settori dell'assistenza sanitaria di base, dell'assistenza sociale, dell'assistenza sociale ad elevato grado di integrazione sanitaria, delle attività di educazione sanitaria e delle attività amministrative. Nei 38 DSB esaminati il quadro complessivo delle funzioni attivate risulta essere il seguente:

in 8 DSB risultano attivate più del 90% delle funzioni;
in 11 DSB tra l'80 e il 90% delle funzioni;
in 13 DSB tra il 60 e il 75% delle funzioni;
in 5 DSB meno del 60% delle funzioni.

Risultano assai poco sviluppate le funzioni «trasversali» della epidemiologia e dell'educazione sanitaria.

Dal contesto generale esaminato, si evince che, a fronte di situazioni peculiari in cui il DSB è effettivamente il fulcro dell'assistenza extraospedaliera e il luogo dell'integrazione socio-sanitaria, esistono diverse realtà distrettuali ancora lontane da un modello di DSB capace di

individuare compiutamente i bisogni di salute e di cura dei cittadini, di definire la domanda e di organizzare la risposta ed i percorsi di accesso ai servizi.

Alcuni fattori possono sicuramente influenzare il processo di distrettualizzazione, quali ad esempio:

vincoli normativi o ritardi nella programmazione e/o negli indirizzi regionali;

storia e cultura pregressa e consolidata sull'integrazione tra servizi sociali e sanitari;

caratteristiche dell'Azienda (configurazione geo-morfologica del territorio; viabilità e collegamenti viari; composizione della popolazione per fasce di età, densità, scolarità, ecc);

antagonismi esistenti tra ospedale e territorio;

prevalenza del modello ospedalocentrico, soprattutto in quelle realtà che hanno ereditato importanti presidi ospedalieri;

continuità e stabilità nelle figure di alta direzione (regimi in prorogatio, commissariamenti);

fattore umano, soprattutto considerato come: attitudine a negoziare e a gestire le conflittualità presenti; capacità organizzative; capacità di selezionare e di motivare il personale; capacità pro motive dell'immagine dell'Azienda nei confronti sia del personale che degli utenti; creazione di un efficiente staff alla Direzione Generale;

rappresentanze di Enti Locali e movimenti culturali e di associazioni del volontariato e del privato sociale operanti nell'ambito territoriale.

Il processo di distrettualizzazione appare strettamente collegato a quello di aziendalizzazione.

In circa un terzo delle Aziende USL sono stati individuati ed attivati i Centri di Responsabilità e i Centri di Costo.

Non tutte le Aziende USL hanno definito gli obiettivi aziendali per il 1996, in genere chiaramente esplicitati in un piano programmatico.

Più della metà delle Aziende USL non ha definito alcun tipo di programmazione per il 1997.

Alcune Aziende USL non hanno ancora completato la procedura di verifica dei carichi di lavoro del personale, e ciò sta avvenendo con metodologie assai difformi.

Inoltre, anche la non continuità gestionale e la precarietà dell'incarico della direzione aziendale sono causa di consistenti difficoltà, a livello sia programmatorio che organizzativo.

In conseguenza di quanto fin qui riportato, emerge chiaramente che le difficoltà nella concretizzazione del processo di distrettualizzazione sono strettamente collegate al superamento delle difficoltà presenti nell'organizzazione aziendale.

Il sistema dell'Emergenza Sanitaria

Con il D.P.R. 27 marzo 1992 «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di

emergenza» sono state individuate le condizioni per assicurare l'attività in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, mediante un complesso di servizi e prestazioni di emergenza ed urgenza adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, tramite il coordinamento della centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico «118».

La realizzazione del Sistema di Emergenza Sanitaria è stata individuata dal P.S.N. 1994/96 tra le azioni prioritarie per il triennio.

Ulteriori elementi sono contenuti nelle «Linee guida n. 1 del 1996», che hanno fornito le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza.

Il sistema per l'emergenza sanitaria, sulla base di tali indicazioni, è costituito:

dal sistema di allarme sanitario da realizzare mediante l'attivazione di centrali Operative alle quali affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico «118»;

dalla risposta territoriale, che prevede una disponibilità di idonei mezzi di soccorso, adeguatamente distribuiti sul territorio, e l'utilizzo dei Medici di Guardia medica;

dalla risposta ospedaliera, caratterizzata da una rete di servizi e presidi funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati (punti di 1° intervento, Pronto Soccorso ospedaliero, Dipartimenti di emergenza di 1° e 2° livello).

Nel corso del biennio 95/96 sono state effettuate indagini conoscitive presso tutte le Regioni e Province Autonome.

Allo stato attuale risulta che quasi tutte le Regioni, ad eccezione della Puglia, hanno emanato atti programmatori specifici per l'organizzazione del sistema. Le Regioni Sicilia, Umbria e Basilicata hanno dato indicazioni relative solo ad alcuni aspetti del sistema.

In 7 Regioni, Umbria, Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia e Sardegna, nonostante siano state emanate direttive in proposito, il sistema non è ancora avviato.

Il numero 118 è stato attivato, su tutto il territorio regionale, in Valle D'Aosta, Piemonte, Liguria, Friuli, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano; al 70% in Lombardia e Toscana, solo in una provincia, nelle Marche ed in Calabria.

Delle 94 Centrali Operative previste, ne sono state attivate circa il 50%. I Dipartimenti di emergenza-accettazione (DEA), sono stati previsti in 14 Regioni, ma risultano attivati completamente solo in Piemonte e parzialmente in Liguria, Lombardia, Friuli V.G. ed Emilia Romagna.

L'attribuzione della responsabilità delle Centrali operative è stata definita a livello regionale in 12 Regioni. In Emilia Romagna, Marche ed Abruzzo è stata demandata alle Aziende l'individuazione del responsabile. Le restanti Regioni non hanno dato indirizzi in merito.

In Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Friuli, Emilia Romagna, Lazio e Province Autonome di Trento e Bolzano è stato dato il rilievo necessario alla formazione del personale dedicato all'emergenza,

programmando piani di formazione e aggiornamento. In altre Regioni sono state effettuate sporadiche attività di formazione.

Friuli Venezia Giulia, Veneto e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano hanno provveduto a dotare il sistema di una completa rete informatica. L'informatizzazione risulta inadeguata in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana. È del tutto assente nelle Marche, Lazio e Abruzzo. In attesa che venga effettuata la pianificazione delle radiofrequenze attribuite al SSN, per il collegamento tra le Centrali Operative e i mezzi di soccorso, nella maggior parte delle Regioni, vengono utilizzate frequenze radio in VHF, già appartenenti alle provincie, alle USL, ad enti ed associazioni pubbliche o di volontariato presenti sul territorio.

In alcune realtà, dove non vi è disponibilità di radiofrequenze, si fa ricorso alla telefonia mobile. Permangono, comunque, ampie zone non coperte con evidenti disagi per il coordinamento degli interventi di emergenza. La complessità dell'articolazione del sistema di emergenza ha comportato, in tutte le Regioni, notevoli difficoltà nell'individuare sistemi per la verifica della qualità.

Da quanto sopra esposto, si deduce che l'organizzazione del sistema di emergenza sanitaria, presenta un ampio range di variabilità, per cui non vengono garantiti i requisiti di uniformità previsti dal DPR 2713192 e dal PSN 94/96.

I punti critici che hanno impedito la realizzazione completa del sistema possono essere identificati con:

il mancato superamento dei numeri di emergenza preesistenti, da attribuire a «motivi culturali» legati alla presenza di Enti ed Associazioni pubbliche, private e/o di volontariato storicamente coinvolte nella gestione dell'emergenza sanitaria;

la mancata elaborazione di protocolli operativi standard per regolamentare le attività;

la difficoltà di collegamento tra centrali operative e mezzi di soccorso, da attribuire alla mancata assegnazione delle radiofrequenze;

l'inadeguato numero di mezzi per il soccorso avanzato;

la mancata effettuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera;

la mancata attivazione dei Dipartimenti di emergenza;

la mancata determinazione della dotazione di posti letto di Terapia intensiva e subintensiva;

la mancata regolamentazione dei ricoveri di elezione;

l'assenza di programmi di formazione per una adeguata e omogenea preparazione del personale, condizione indispensabile per il buon funzionamento del sistema.

La riorganizzazione della rete ospedaliera

La riorganizzazione della rete ospedaliera, da perseguire mediante una diversificazione degli assetti organizzativi, ha come finalità sia

il miglioramento della qualità dell'assistenza, ospedaliera ed extra-ospedaliera, sia la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.

In molte Regioni il processo di programmazione e riorganizzazione della rete ospedaliera è appena avviato, in considerazione di ciò la valutazione del processo – condotta nel corso del 1996 presso gli Assessorati alla Sanità di 14 regioni e che proseguirà nel 1997 presso le rimanenti – è stata focalizzata sulla fase programmatoria regionale degli interventi da compiere. Per approfondire le modalità organizzative attuate nelle diverse realtà è stato fatto riferimento:

all'adeguamento dei posti letto e delle attività agli standard previsti dalla normativa di riordino, ivi comprese le riconversioni e disattivazioni previste dall'art. 3 della L. 724/94 e dalla L. 549/95;

ai criteri utilizzati per la rideterminazione della dotazione di posti letto;

all'organizzazione delle attività a ciclo diurno;

all'organizzazione delle attività di ricovero in regime libero-professionale.

In 7 Regioni, su 14, non sono stati emanati atti programmatori. La Lombardia e la Sardegna hanno soltanto una legge di riazzonamento; la Regione Marche ha parzialmente programmato le attività di ricovero; in Liguria, Campania e Sicilia, al momento dell'indagine, era in corso l'iter amministrativo di approvazione di provvedimenti di riorganizzazione; la Puglia ha elaborato soltanto un'ipotesi di pianificazione.

Le 7 Regioni, che hanno promulgato atti programmatori, prevedono, entro il 1999, un riallineamento della dotazione di posti letto agli standard dettati dalla normativa nazionale (5.5 p.l. x 1000 ab.; tasso di utilizzo non inferiore al 75% e tasso di ospedalizzazione del 160 x 1000 ab.).

Per adeguarsi a questi standard, Friuli V.G., Toscana, Umbria, Lazio e Abruzzo prevedono la riduzione del numero complessivo di posti letto. In Piemonte e Calabria, dove esiste un esubero nella dotazione per acuti, la riconversione in posti letto di riabilitazione e lungodegenza non è comunque ritenuta sufficiente alla copertura del fabbisogno. Pertanto queste Regioni hanno previsto un incremento della dotazione complessiva di posti letto. Per quanto concerne la regolamentazione dell'attività ospedaliera a ciclo diurno, Piemonte, Friuli V.G. e Umbria hanno regolamentato tale attività, mentre Liguria, Toscana Marche e Calabria hanno regolamentato le attività di ricovero in *day hospital* ma non quelle in *day surgery*.

Lombardia, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Sardegna non hanno fornito indicazioni sulla organizzazione delle prestazioni di *day hospital*, mentre la Campania ha regolamentato, solo ai fini della remunerazione, quelle fornite dalle strutture private.

In Piemonte, Lombardia, Friuli V.G. e Liguria è stata regolamentata l'attività libero professionale intramoenia.

In Abruzzo tale aspetto organizzativo è stato demandato alle Aziende Sanitarie.

Le altre nove regioni non hanno ancora provveduto.

Nelle 14 Regioni visitate sono presenti livelli evolutivi diversi della fase programmatoria di riorganizzazione della rete ospedaliera.

In relazione ai parametri previsti dalla normativa nazionale e con particolare riferimento all'adeguamento dei posti letto e delle attività di ricovero, si evidenzia che la situazione attuale è ancora caratterizzata da un'eccedenza di posti letto per acuti a fronte di una grave carenza di quelli per riabilitazione e lungodegenza.

Negli atti programmatori regionali è stato previsto soltanto l'adeguamento della dotazione totale di posti letto agli standard dettati dalla normativa nazionale, senza che sia stata effettuata, nella maggior parte dei casi, una approfondita analisi del fabbisogno locale. Inoltre non è stata prevista la distinzione di posti letto per acuti nè tra le varie discipline nè per diversi livelli di intensità assistenziale.

Anche relativamente alle attività riabilitative non è stato distinto il fabbisogno di posti letto di riabilitazione post-acuzie (cardiologica, pneumologica, neurologica, mio-osteo-articolare, funzioni d'organo) dal fabbisogno di posti letto per riabilitazione e lungodegenza per patologie croniche o di lunga durata.

La realizzazione delle disattivazioni e delle riconversioni finalizzata alla creazione di posti letto di riabilitazione, nelle Regioni che l'hanno prevista, è stata rinviata a fasi successive.

Nella regolamentazione delle attività di *Day hospital*, si evidenzia soprattutto l'attenzione all'adeguamento agli indirizzi nazionali senza una valutazione oggettiva del fabbisogno reale. Le indicazioni hanno generalmente ripreso il dettato del D.M. del 20 ottobre 1992, senza che le Regioni abbiano precisato assetti organizzativi peculiari derivanti dalla valutazione di specifiche esigenze locali.

Lo stato di attuazione del progetto obiettivo «tutela materno infantile»

Il monitoraggio degli interventi regionali a favore dell'area materno infantile per la verifica dello stato di attuazione delle indicazioni fornite in merito dal Piano Sanitario Nazionale 1994-96 e, in particolare, dal Progetto-Obiettivo «Tutela Materno Infantile» è stato focalizzato:

sulle procedure organizzative adottate per la realizzazione del dipartimento o, comunque, per l'integrazione interdisciplinare;

alla definizione, in tutte le sue implicazioni, della tipologia dei centri perinatali ed, eventualmente pediatrici, di 1°-2°-3° livello.

La verifica, pertanto, è stata articolata su:

1) istituzione e/o attivazione del Dipartimento Materno Infantile e/o di struttura organizzativa che garantisca l'integrazione tra i diversi aspetti sanitari e tra questi e quelli sociali mediante il coordinamento delle differenti attività attraverso:

ricognizione e distribuzione delle strutture consultoriali presenti sul territorio;

verifica dell'assetto organizzativo e dell'integrazione a livello territoriale;

2) verifica dei livelli organizzativi delle Unità operative di Terapia Intensiva neonatale, con particolare riferimento a:

razionalizzazione dell'assistenza al neonato, comprendente la ricognizione del numero effettivo e della distribuzione dei posti letto di Terapia Intensiva Neonatale;

ricognizione dei punti nascita nel territorio regionale ed individuazione di centri di riferimento per le gravidanze a rischio;

modalità organizzative del trasporto in emergenza del neonato;

verifica delle modalità di integrazione tra ospedale e territorio.

Al fine di delineare il profilo delle diverse realtà regionali relativamente all'area materno infantile, sono stati individuati, sulla base dei dati rilevati nel corso delle indagini effettuate, alcuni parametri ritenuti significativi per una descrizione sintetica ed esauriente di quello che le singole Regioni hanno recepito e realizzato, e delle prospettive di sviluppo.

L'area materno infantile, in quanto costituita dall'afferenza di molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, rappresenta l'esempio paradigmatico di area funzionale omogenea.

Pertanto, considerata la difficoltà di ottenere un aggregato strutturale dalla confluenza di unità operative numerose, di competenze diverse, di approcci culturali differenti, appare necessario adottare modelli organizzativi che permettano un'adeguata aggregazione funzionale.

L'assetto organizzativo che meglio risponde a tali requisiti è il dipartimento o, comunque un assetto organizzativo che assolva il significato e le funzioni del dipartimento, assicurando, quindi, il raggiungimento degli obiettivi suindicati.

Dalla verifica delle modalità organizzative adottate per l'area maternoinfantile, è emerso che 16 Regioni non hanno attivato un sistema dipartimentale.

Comunque, in alcune di queste Regioni, anche se formalmente non è stato istituito il dipartimento, esistono livelli di organizzazione e di integrazione tali da assicurare un'assistenza adeguata.

Tutte le Regioni hanno recepito la L. 405/75 «Istituzione dei consultori familiari», emanando provvedimenti legislativi specifici e provvedendo all'istituzione ed all'attivazione dei consultori.

I provvedimenti regionali esaminati, per la maggior parte rispecchiano pedissequamente le indicazioni nazionali, senza fissare i criteri per la programmazione, il funzionamento, la gestione ed il controllo del servizio consultoriale e senza, pertanto, promuovere quelle diversificazioni che le singole situazioni regionali richiederebbero.

D'altra parte questa modalità di recepimento della L. 405/75 ha determinato sul territorio nazionale una uniformità nell'organizzazione delle strutture consultoriali ed, in generale, una discreta omogeneità dei livelli assistenziali erogati. In relazione agli intenti originari della L.

405/75, è stato possibile constatare un depauperamento delle attività effettuate ed un inaridimento funzionale, dovuti al mancato adeguamento della configurazione consultoriale al progressivo evolversi della domanda sanitaria specifica. Infatti molte attività, una volta di esclusiva competenza consultoriale, quali la gestione delle interruzioni volontarie di gravidanza, la preparazione al parto, la contraccezione, oggi sono prestazioni comunemente erogate da strutture ambulatoriali ed ospedaliere.

Perduta, pertanto, la connotazione originale, i consultori gestiscono utenze significative soltanto quando riescono a recuperare spazi alternativi (quali attività rivolte all'adolescenza, alle problematiche della menopausa, alle donne ed ai bambini immigrati, oppure attività di carattere spiccatamente preventivo) rispondendo in maniera adeguata e competente alle nuove problematiche emergenti da una società in continua evoluzione.

Relativamente all'assistenza perinatale di 3° livello è stato possibile rilevare come in numerose realtà regionali esiste una ambiguità nell'interpretazione della tipologia dell'assistenza da erogare al neonato.

Va inoltre rimarcato che, a causa della confusione esistente circa la tipologia dei posti letto dei centri perinatali, molte Regioni non possiedono dati attendibili relativi al numero ed alla distribuzione dei posti letto di Terapia intensiva perinatale (T.I.N.)

In alcune realtà, peraltro, i livelli assistenziali vengono correttamente erogati, per cui l'utilizzo dei posti letto di T.I.N. è appropriato.

Per quanto riguarda l'adeguatezza del numero dei posti letto di T.I.N., una eventuale valutazione potrà essere formulata soltanto quando tutte le Regioni avranno attuato una razionalizzazione dei punti nascita ed un organizzazione del trasporto in emergenza del neonato.

Infatti la razionalizzazione dei punti nascita, fondata sul numero dei parti e sui requisiti strutturali e tecnologici, garantisce buone condizioni di nascita ed un'adeguata gestione delle gravidanze a rischio e, d'altra parte, un sistema regionale di organizzazione dell'emergenza neonatale assicura la stabilizzazione precoce del paziente e tempi brevi di trasporto. Entrambi questi fattori condizionano il fabbisogno di posti letto di T.I.N.

Al momento attuale una razionalizzazione dei punti nascita è stata effettuata da 6 Regioni, è stata avviata da altre 7 Regioni, mentre nelle restanti 7 Regioni non è stata ancora prevista.

Soltanto 7 Regioni hanno attivato un sistema regionale di trasporto in emergenza del neonato, mentre nelle altre Regioni il trasporto è affidato alle singole Aziende.

Accanto all'identificazione delle situazioni di elevato rischio, obiettivo prioritario resta, comunque, il trasferimento in utero ai centri di riferimento dotati di Terapia Intensiva Neonatale: il trasferimento verrà attuato in base a protocolli concordati tra le sedi di riferimento ed i punti nascita afferenti.

Il Registro Epidemiologico delle Malformazioni congenite è stato istituito pressocchè in tutte le Regioni, ma soltanto in alcune i dati rilevati assumono una finalità epidemiologica e programmatica e non soltanto statistica. Questo comporta l'impossibilità di programmare inter-

venti di prevenzione primaria di tutte le malformazioni congenite, ed eventuali interventi di diagnosi precoce.

Lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo «Tutela della salute degli anziani»

La verifica dello stato di attuazione delle indicazioni fornite dal Piano Sanitario Nazionale 1994-96 e dal Progetto Obiettivo «Tutela della salute degli anziani» 1991-95 (Risoluzione parlamentare del 30 gennaio 1992) viene condotta con riguardo ai diversi aspetti dell'assistenza agli anziani prendendo in considerazione sia la programmazione elaborata a livello regionale sia l'attuazione locale e l'erogazione dei livelli di assistenza in ambito aziendale, territoriale e ospedaliero.

L'indagine conoscitiva, condotta nel biennio 95/96 e che proseguirà nel 97 presso gli Assessorati alla Sanità delle Regioni, verte su:

il recepimento della normativa nazionale;

la programmazione sanitaria in relazione agli anziani, la pianificazione degli interventi in rapporto ai bisogni della popolazione anziana ed alle risorse disponibili;

la previsione e l'attuazione di programmi di formazione e aggiornamento;

la riorganizzazione e la razionalizzazione delle strutture sanitarie;

l'individuazione di metodologie per la valutazione e la verifica della qualità delle prestazioni sanitarie.

A livello delle Aziendale Sanitarie e dei Distretti, si è dato rilievo alla verifica:

dell'istituzione di un sistema di rilevazione delle risorse e della stima dei bisogni della popolazione anziana;

dell'attuazione di programmi di formazione per gli operatori;

dell'attivazione della Unità di Valutazione Geriatrica;

dell'attivazione della Assistenza Domiciliare Integrata e dell'ospedalizzazione domiciliare;

dell'integrazione con la medicina di base;

dell'individuazione di un sistema di controllo della qualità dei servizi;

della riorganizzazione dei reparti adibiti a patologie di pertinenza geriatrica;

delle modalità di attivazione e di attuazione del day hospital.

Il monitoraggio complessivo effettuato nel biennio 1995/96 ha evidenziato che gli interventi predisposti dalle regioni e dalle aziende USL in recepimento del Progetto Obiettivo «Tutela della Salute degli Anziani» non sono omogenei. Infatti in tale ambito la programmazione di interventi a favore della popolazione anziana non deve limitarsi alla previsione dei soli aspetti di assistenza sanitaria, ma anche di quelli socio-assistenziali, che possono scaturire soltanto da un con-

solidato rapporto di collaborazione tra i diversi enti erogatori: Sanità e Enti Locali.

Pertanto, le regioni che hanno perseguito nel corso degli anni una politica di integrazione tra il sociale e sanitario hanno precorso con i loro interventi le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e del Progetto Obiettivo. La Liguria, il Friuli Venezia Giulia, Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana e l'Umbria si trovano nella condizione di dover potenziare alcuni servizi adeguandoli al nuovo fabbisogno.

Al contrario, quelle regioni per le quali il PSN ha rappresentato un elemento innovativo di indirizzi, si trovano in una fase in cui la rete integrata di servizi deve ancora realizzarsi completamente. Infatti, i pochi interventi realizzati si trovano ancora in una fase di sperimentazione e, pertanto, non si configurano strumenti atti a garantire uniformi livelli di assistenza.

Nella maggior parte di queste regioni, le indicazioni contenute nel progetto-obiettivo sono ancora da implementare ed in alcune ancora da recepire.

Lo stato di attuazione del Progetto Obiettivo «Tutela della Salute Mentale 94/96»

Il Progetto-Obiettivo Tutela della Salute Mentale 94/96 definisce nel dettaglio una strategia operativa finalizzata al miglioramento della qualità degli interventi, nonchè promuove l'elaborazione di progetti specifici per il superamento degli ex Ospedali Psichiatrici nei tempi indicati dalla L. n. 724/94 art.3, comma 5.

L'assetto normativo – programmatatorio regionale per il settore

Il programma di monitoraggio, avviato dal Dipartimento della Programmazione è stato orientato a verificare lo stato di attuazione delle linee di cambiamento delineate per il settore psichiatrico dal succitato P.O. 94/9 vertendo su:

analisi dell'assetto normativo-programmatorio regionale per il settore);

monitoraggio dell'istituzione ed organizzazione dei Servizi Psichiatrici Territoriali;

monitoraggio degli interventi predisposti a livello regionale ed aziendale per l'attuazione del processo di superamento degli ex Ospedali Psichiatrici nei tempi indicati dalla L. n. 724/94 art. 3, comma 5.

Tutte le normative regionali successive alla Legge n. 180/78 ed antecedenti al DPR 7.4.1994 (Progetto Obiettivo Nazionale «Tutela della Salute Mentale» 1994/1996), nel recepire i principi della normativa nazionale, hanno formalmente previsto l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), anche se con diverse denominazioni e tipologie organizzative.

La definizione, a livello nazionale, di un modello unico di organizzazione dei Servizi di Salute Mentale prodottasi con l'emanazione del PON 1994/1996 ha segnato una svolta nel settore anche se, ad oggi, complessivamente, il quadro della normativa regionale appare estremamente disomogeneo ed ogni regione tende ancora a differenziarsi dalle altre per organizzazione e denominazione di strutture:

alcune regioni hanno emanato propri Piani Sanitari con relativi Progetti Obiettivo (Veneto, Toscana, Abruzzo, Calabria);

Lombardia e Marche hanno elaborato un Progetto Obiettivo a stralcio del PSR;

Piemonte, Valle d'Aosta, Molise, Basilicata hanno elaborato un nuovo PSR, attualmente in corso di approvazione;

Umbria, Sicilia e la Provincia Autonoma di Trento hanno in elaborazione un nuovo PSR;

la Prov. Autonoma di Bolzano e la regione Sardegna hanno elaborato un PO, attualmente in corso di approvazione;

Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Campania, hanno normato il settore con LR, Linee guida, Regolamenti, Circolari.

Complessivamente, si può affermare che nelle realtà in cui è stata avviata già da anni una politica di programmazione sanitaria si è riscontrato un buon livello di realizzazione degli obiettivi indicati dal PON 1994/1996. Le regioni, invece, in cui non sussiste una consolidata tradizione pregressa, appaiono omogenee nel recepire le indicazioni del PON ma incontrano notevoli difficoltà nella realizzazione di quanto normato.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale, strumento indispensabile per una programmazione mirata, pur essendo stato generalmente istituito, non è attivo nel settore in quasi tutte le regioni e, ove presente, non opera in piena collaborazione con gli Uffici regionali di settore (Lazio). Si è rilevata la sua piena attivazione solamente nella regione Lombardia. La Legge n. 724/1994 imponendo il superamento degli Istituti Psichiatrici Residuali entro il 31.12.1996 ha sollecitato le regioni ad affrontare il problema. La maggior parte di esse ha formulato indicazioni atte a supportare le Aziende USL nella elaborazione dei progetti di superamento degli ex O.P. Solamente la regione Abruzzo non ha ancora formulato indirizzi specifici.

La Provincia Autonoma di Trento ha delegato l'Azienda Sanitaria ad elaborare il progetto di superamento per l'unico ex OP (Pergine Valsugana).

Istituzione e organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale da parte dell'Azienda USL con le caratteristiche organizzativo/programmatorio/gestionali delineate nel PON

Nel corso delle indagini è emerso che la prevalente tipologia d'intervento è quella curativa e a carattere d'urgenza, centrata sul ricovero ospedaliero nei reparti di Diagnosi e Cura. La prevenzione primaria è completamente disattesa mentre la prevenzione secondaria e terziaria è

affrontata ovunque in maniera parziale. Non sono adeguatamente supportati gli interventi atti a promuovere programmi di riabilitazione.

La prevalente tipologia di intervento adottata nei DSM si riflette nell'implementrazione delle strutture alternative al ricovero ospedaliero, sia residenziali che semiresidenziali.

In tutti i DSM visitati si è evidenziata la necessità di potenziare l'area riabilitativa attraverso la realizzazione di ulteriori Comunità Terapeutiche Riabilitative, Gruppi Appartamento, Day Hospital e Centri Diurni nonchè di adeguare gli organici sotto il profilo qualitativo e quantitativo. Si è evidenziato che, laddove il Dipartimento di Salute Mentale riesce ad operare utilizzando un approccio multidisciplinare ed integrato, centrato sui bisogni dell'utenza, i diversi servizi forniscono, ciascuno secondo la propria competenza, risposte sufficientemente articolate. Una simile organizzazione consente, anche in presenza di risorse limitate, di incidere più efficacemente sui bisogni del paziente psichiatrico riducendo, nel contempo, il ricorso ai ricoveri ospedalieri ed ai Trattamenti Sanitari Obbligatori.

La verifica degli interventi predisposti dalle Aziende USL competenti per ogni regione sede di O.P., ai sensi della Legge n. 724/94, art. 3, comma 5, ha interessato 16 Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e 2 Istituti Psichiatrici Residuali privati/convenzionati.

Le regioni che non sono sede di Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e/o privati convenzionati hanno utilizzato strutture manicomiali extraregionali: Va detto, però, che nel corso degli ultimi anni le Aziende USL interessate hanno elaborato programmi specifici per il reinserimento nel proprio territorio di pazienti psichici ospedalizzati fuori regione.

Le visite effettuate hanno evidenziato che:

La prevalente funzione espletata dalle strutture manicomiali è di tipo assistenziale, intesa come semplice accudimento e tutela del degente. Scarsa attività riabilitativa, esiguità di interventi finalizzati alla umanizzazione della vita istituzionale ed alla personalizzazione degli spazi e degli arredi è stata prevalentemente riscontrata negli ex Ospedali Psichiatrici: «S. Osvaldo» di Udine, «S. Niccolò» di Siena, «S. Francesco» di Rieti e nell'ex O.P. di Cagliari. La congrua presenza di interventi riabilitativi e la contemporanea realizzazione di idonee strutture intermedie atte a supportare il processo di superamento nel rispetto dei tempi indicati dalla Legge n. 724/94 è stata riscontrata negli ex Ospedali Psichiatrici «S. Margherita» di Perugia, «S.Maria di Collemaggio» de L'Aquila e «dell'Osservanza» di Imola (BO).

Lo stato di implementazione dei progetti di superamento nei 16 Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e nei 2 Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati visitati nel corso della verifica

Per quanto concerne le indicazioni regionali volte a supportare le Aziende USL nell'elaborazione di progetti di superamento:

n. 11 regioni hanno formulato indicazioni (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia- Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Campania, Calabria, Sicilia);

n. 5 regioni hanno in elaborazione le indicazioni per il superamento (Piemonte, Lazio, Puglia, Basilicata, Sardegna).

La regione Abruzzo non ha formulato indicazioni per il superamento degli ex O.P.

Riguardo allo stato di implementazione dei progetti di superamento elaborati dalle Aziende USL visitate:

n. 4 Istituti Psichiatrici Residuali, l'Ex Ospedale Psichiatrico «S. Artemio» di Treviso, l'ex O.P. «dell'Osservanza» di Imola (BO), l'ex O.P. «5. Margherita» di Perugia, l'ex O.P. «S. Maria di Collemaggio» de L'Aquila, prevedono di ottemperare a quanto indicato dalla Legge n. 724/1994, art. 3, comma 5, nei tempi previsti;

n. 1 Istituto Psichiatrico Residuale, l'ex O.P. «Frullone» (Napoli) pur presentando uno stato di implementazione del progetto di superamento in fase avanzata non potrà completare il superamento entro i tempi indicati dalla Legge a causa del mancato finanziamento (la regione Campania non ha approvato il progetto);

n. 7 Istituti Psichiatrici Residuali, l'ex O.P. S. Martino (CO), l'ex 0. P. di Pergine Valsugana (TN), l'ex O. P. S. Osvaldo di (UD), l'ex O.P.S. Niccolò (SI), l'ex O.P. di Fermo (AP), l'ex O.P. Nuovo Complesso Ospedaliero di Girifalco (CZ), l'ex O.P. di Agrigento presentano uno stato di implementazione in fase iniziale dei progetti di superamento;

n. 1 Istituto Psichiatrico Residuale, l'ex O.P. «S. Francesco» di Rieti, pur avendo elaborato il progetto di superamento, non l'ha ancora avviato;

n. 1 Istituto Psichiatrico Residuale, l'ex O.P. di Cogoleto (GE), sta elaborando il progetto di superamento;

n. 2 Istituti Psichiatrici Residuali, l'ex O.P. di Novara e l'ex O.P. di Cagliari, non hanno ancora elaborato alcun progetto di superamento;

I due Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati «Casa della Divina Provvidenza Opera Don Uva» di Potenza e di Bisceglie (BA) hanno già avviato progetti di riconversione strutturale e funzionale finalizzati ad una riorganizzazione interna piuttosto che ad un concreto e reale superamento.

Le tabelle 7 e 8 sono riepilogative della situazione degli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici (tab. 7) e privati convenzionati (tab. 8) e *riportano informazioni relativamente a:*

popolazione residente in ciascuna regione;

numero degli Istituti Psichiatrici Residuali attivi a novembre 1996;

numero dei posti letto attivi;

numero dei degenti.

Da esse si evince che, a fronte di una popolazione di 57.332.996 abitanti:

sono attivi n. 63 Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e n. 12 Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati per un totale di n. 75 Istituti;

sono attivi n. 13.298 posti letto negli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e n. 5.140 posti letto negli Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati, per un totale di n. 18.438 posti letto;

sono risultati presenti, nell'anno 1996, n. 11.882 soggetti ricoverati negli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici e n. 5.016 negli Istituti Psichiatrici Residuali privati convenzionati, per un totale di n. 16.898 soggetti.

Nelle 71 Case di Cura Neuropsichiatriche risultano attivi 7.624 posti letto.

La Tabella 7 fornisce un quadro riassuntivo dello stato di attuazione dei progetti di superamento degli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici in Italia. Essa riporta informazioni relativamente a:

n. complessivo dei progetti di superamento avviati in ciascuna regione (n. 49 sono i progetti di superamento avviati);

n. Istituti Psichiatrici Residuali pubblici per i quali è ipotizzabile il superamento e la definitiva chiusura nei tempi previsti dalla Legge n. 724/1994 (n. 21 sono gli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici per i quali è stata prevista la definitiva chiusura entro il 31.12.1996).

La chiusura dei 21 ex Ospedali Psichiatrici, che coinvolgerà circa 2500 pazienti, è resa possibile dagli interventi avviati già da tempo e che si sono concretizzati nella:

dimissione di parte dei degenti e loro presa in carico da parte dei Servizi Psichiatrici Territoriali;

attivazione, al di fuori dell'area manicomiale, di strutture a carattere residenziale (Comunità Terapeutiche Riabilitative, Gruppi Appartamento, Case Famiglia) per l'accoglimento degli ex degenti;

riconversione e ristrutturazione di parte degli immobili dell'ex Ospedale Psichiatrico in Comunità Terapeutiche Riabilitative, Residenze Sanitarie Assistenziali, da considerare ad esaurimento, finalizzate all'accoglimento degli ex degenti che, a causa della patologia psichiatrica residua, associata ad un alto grado di disabilità e/o ad un'età avanzata, hanno la necessità di continuare a vivere in un ambiente protetto.

Gli Istituti Psichiatrici Residuali pubblici che hanno formalmente dichiarato il superamento son dal 1992 ad oggi diciotto.

Trapianti

I dati relativi al 1996 elaborati e pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità confermano la tendenza positiva già osservata a partire dal

1992; negli ultimi cinque anni di attività, infatti, Ìltalia ha raddoppiato il numero di donatori, raggiungendo così il valore di 11 donatori per milione di abitanti. L'incremento del numero di trapianti risulta, comunque, più contenuto rispetto a quello del 1995, anno estremamente favorevole per i trapianti, registrando un aumento del 7% dei trapianti di rene e del 5,5% dei trapianti di fegato. I trapianti di cuore subiscono, invece, per la prima volta in questi cinque anni, una flessione, le cui cause sono ancora da individuare.

Nonostante alcune regioni del Centro e del Sud abbiano incrementato la propria attività (Lazio, Toscana e Puglia), la distribuzione sul territorio nazionale rimane poco omogenea, con un notevole distacco a favore delle regioni settentrionali. Il territorio è stato perciò ancora diviso in tre aree: Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Ligura, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna), Centro (Toscana, Umbria, Marche e Lazio), Sud e isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).

È da notare come alcune regioni del Nord abbiano presentato una battuta d'arresto o una piccola flessione dell'attività, che, si spera, potrà ben presto rivelarsi come un fenomeno transitorio. Tale fenomeno riflette un andamento presente in molte nazioni europee più avanzate, che mostrano, già da qualche anno, notevoli difficoltà a incrementare il numero dei donatori. Altre regioni settentrionali (Veneto ed Emilia-Romagna), continuano, comunque, a mostrare un aumento dell'attività, con risultati soddisfacenti. Nonostante la disparità dei risultati ottenuti dalle varie regioni e la ancora esigua attività di molte regioni meridionali, i dati del 1996 avvicinano l'Italia, con i suoi 11 donatori per milione di abitanti, al resto dell'Europa (media europea: intorno ai 15 donatori per milione di abitanti).

1.4 LA RICERCA E LA FORMAZIONE

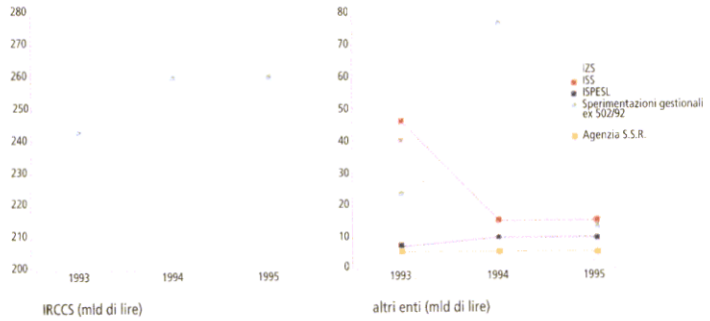
Il S.S.N. incentiva direttamente la ricerca, con una specifica quota del Fondo Sanitario Nazionale, attraverso iniziative ed interventi che rappresentano solo una piccola parte degli investimenti di ricerca nel Paese, e si caratterizzano per il prevalente interesse clinico e scientifico.

A decorrere dal 1993 i fondi per la ricerca, per la parte di competenza del Ministero della Sanità, sono utilizzati per finanziare attività di ricerca corrente e finalizzata svolta dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'I.S.P.E.S.L., dagli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, nonchè per sostenere iniziative previste da leggi nazionali o dal P.S.N. (programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale, ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, valutazione dei servizi, della comunicazione e rapporti con i cittadini, le tecnologie e le biotecnologie sanitarie).

La quota annuale complessiva per le finalità sopra ricordate viene fissata dalla legge finanziaria – Tabella C dello stato di previsione della spesa del Ministero della Sanità (Fig. 3-A).

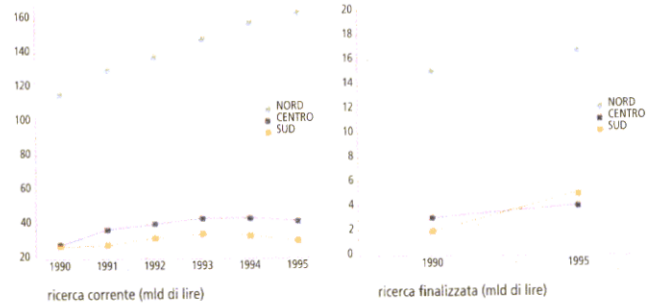
Fig. 3 il finanziamento della ricerca con 1% del Fondo Sanitario Nazionale

A finanziamento corrente e in c/capitale



Nel 1994 lo stanziamento globale è aumentato dell'1,8 % rispetto al 1993. Nel 1995, invece, si è ridotto di circa il 17 % rispetto all'anno precedente. Per l'I.S.S. si è avuta una diminuzione dai 46 miliardi del 1993 ai 15 miliardi per il 1994 e per il 1995.
Per gli I.Z.P.S. si è passati da 40 miliardi a circa 10 miliardi per il biennio 1994/1995.

B finanziamento della ricerca degli IRCCS



Ricerca corrente: nel 1994 e nel 1995 il valore totale del finanziamento è rimasto attestato a circa 260 miliardi, con un incremento di circa il 4 % rispetto al 1993. Gli Istituti del centro e del sud hanno registrato nel 1995 una diminuzione rispettivamente del 5 % e del 14 % rispetto al 1993.
Ricerca finalizzata: confrontando i valori del 1990 e del 1995 si osserva una variazione positiva, determinata in massima parte dagli stanziamenti dei nuovi istituti.

C stanziamenti regionali per la ricerca, in mld di lire (1992/96)

Gli stanziamenti attribuiti dalle regioni alla ricerca ammontano a circa 20 miliardi per il 1995, il ché rappresenta circa lo 0,05 % del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (37.000 miliardi).

Più complessa ed articolata è la situazione per quanto riguarda gli I.R.C.C.S., strutture ospedaliere che insieme a prestazioni in regime di cura svolgono attività di ricerca biomedica.

Gli Istituti, sia pubblici che privati, che a tutto il 31.12.96, hanno conseguito il riconoscimento del carattere scientifico e quindi risultano destinatari del finanziamento previsto dalla legge, sono 15 di diritto pubblico e 16 di diritto privato.

NORD	CENTRO	SUD
Istituto Tumori di Milano	Istituto I.N.R.C.A.	I.N.T. Pascale
Istituto Tumori di Genova	I.F.O. di Roma	Istituto oneologico di Bari
Istituto Besta	Osp. Bambin Gesù	E.O. «Saverio de Bellis»
Istituto Rizzoli	I.D.I.	Assoc. OASI Maria SS.
Istituto Gaslini	Clinica Santa Lucia	Istituto San Matteo
Istituto Burlo Garofalo	Fondazione	Istituto neurologico di Isernia
Ospedale Maggiore	Stella Maris	Casa Sollievo della Sofferenza
San Raffaele	Ospedale Spallanzani	
Centro riferimento Oncologico		
Cliniea del lavoro		
Fondazione Mondino		
Istituto Medea		
Centro Cardiologico Monzino		
Centro Auxologico Italiano		
S.M. Nascente		
Istituto Europeo di Oncologia		
Centro S. Giovanni di Dio		
Fatebenefratelli		

L'andamento dei finanziamenti (in valori nominali) ad essi destinati per la ricerca corrente è illustrato nella Fig. 3-B, dalla quale si nota che l'entità del finanziamento esaminato globalmente presenta un progressivo aumento nel tempo, aumento, tuttavia, che risulta molto limitato negli ultimi tre anni.

La stessa osservazione vale per il finanziamento della ricerca finalizzata il cui andamento mostra una progressiva contrazione, anche in termini reali. Per quanto concerne i finanziamenti della ricerca da parte delle Regioni, la situazione non si può ritenere particolarmente soddisfacente.

In base ad una indagine conoscitiva dello stato di attuazione da parte delle Regioni degli indirizzi programmatici del P.S.N., in cui fra l'altro sono contenuti indirizzi per lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria applicata, emerge che gli stanziamenti attribuiti alla ricerca negli ultimi anni ammontano a valori particolarmente esigui.

Mentre in alcune regioni si è ritenuto di non poter attribuire stanziamenti ad hoc, in altre realtà si assiste ad interventi non continuativi di modesta entità finanziaria e comunque non inseriti in una organica progettualità.

Soli in pochi casi si riscontra una attenzione costante, rappresentata dalla allocazione sistematica di specifiche risorse, peraltro sempre molto esigue, nell'ambito di programmi locali (Fig. 3-C).

Occorre infine evidenziare, pur con il limite dovuto alla fase iniziale della accennata indagine, che a livello regionale la quota del Fondo Sanitario Nazionale destinata alla ricerca ammontano a circa 20 miliardi per il 1995, (circa lo 0,05% dei 37.000 miliardi del F.S.N.)

La formazione del personale

Le attività di formazione ed aggiornamento permanente del personale del S.S.N. rappresentano una condizione fondamentale per il perseguimento di più elevati livelli qualitativi nella erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il P.S.N. evidenzia l'opportunità di utilizzare le ampie conoscenze teoriche e pratiche presenti nel S.S.N., suggerendo la programmazione regionale o locale di idonee attività formative, indirizzate in particolare alla dirigenza ed ai quadri intermedi di tutti i ruoli del Servizio, che vedano anche il concorso del personale del Servizio stesso alla formazione di altro personale.

Un ulteriore impegno è rappresentato dal ruolo delle Regioni nella programmazione del fabbisogno di specialisti da formare e dalla conseguente necessaria collaborazione con le Università.

In tale materia, in base ai dati raccolti tramite la già citata indagine conoscitiva sullo stato di attuazione degli indirizzi programmatici del P.S.N., emerge un quadro abbastanza soddisfacente: quasi tutte le principali regioni hanno stipulato o hanno in corso di stipula apposite convenzioni con le Università sia per la formazione degli specializzandi sia per programmi di formazione per il personale del Servizio.

In tutte le regioni, tranne il Friuli-Venezia Giulia ed il Molise, sono state inoltre emanate specifiche disposizioni in tema di aggiornamento e formazione del personale del S.S.N. che in massima parte sono state anche finanziate dalle amministrazioni competenti.

1.5 IL NUOVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Premessa

Il finanziamento del S.S.N., nel sistema definito dai Decreti legislativi 502/92 e 517/93, deriva dalle seguenti fonti (Fig. 4):

gettito dei contributi assistenziali, attribuiti direttamente alle Regioni;

stanziamento a carico del bilancio dello Stato determinato annualmente dalla legge finanziaria tenendo conto, per la parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle Regioni;

entrate proprie derivanti dalla gestione del patrimonio del Servizio Sanitario ai sensi del comma 13, art. 2 della Legge 549/9S (collegato alla «finanziaria» per l'anno 1996), da lasciti, donazioni, nonchè dalle quote di partecipazione alla spesa dovute dai cittadini.

Ad eccezione delle entrate derivanti dalla gestione del patrimonio, le altre fonti di finanziamento vengono ripartite tra le Regioni sulla base di coefficienti parametrici riferiti alla popolazione, alla mobilità ed alla consistenza delle strutture. Per gli anni 1993-1995 il finanziamento ha compreso anche le quote di riequilibrio appositamente previste per le regioni con eccedenza di offerta.

Il rapporto tra Stato e Regioni per quanto concerne il finanziamento delle prestazioni del S.S.N. è chiaramente definito: assicurati alla Regione i flussi di finanziamento previsti (gettito dei contributi più quota del P.S.N. a carico del bilancio dello Stato, comprensiva, come si è detto, delle quote di riequilibrio) spetta alla Regione provvedere al fabbisogno finanziario delle proprie aziende.

Le Regioni dispongono anche di ulteriori strumenti per l'acquisizione di risorse, e/o contenimento della spesa, e precisamente:

aumento dei contributi in una percentuale non superiore al 6% e dei tributi regionali in una percentuale non superiore al 75% dell'aliquota;

aumento del ticket sulle ricette farmaceutiche e specialistiche;

aumento di eventuali altri ticket sul costo delle prestazioni;

temporanea eliminazione di alcune prestazioni;

erogazione in forma indiretta delle prestazioni farmaceutiche, diagnostica strumentale e di laboratorio e specialistica con partecipazione alla spesa anche differenziata per reddito.

Infatti l'art. 13 del Decreto legislativo 502/92 prevede forme di autofinanziamento regionale in caso di:

erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi;

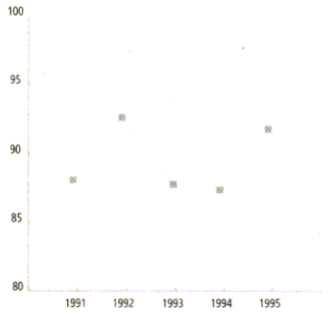
adozione di modelli organizzativi diversi;

disavanzi di gestione.

Fig. 4 il finanziamento corrente del Servizio Sanitario Nazionale

A

finanziamento totale
(migliaia di miliardi di lire)

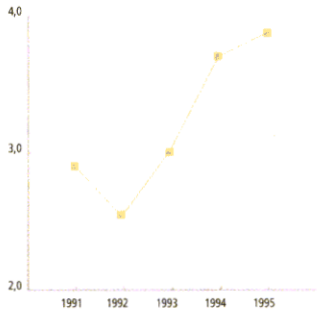


entrate proprie
(miliardi di lire)

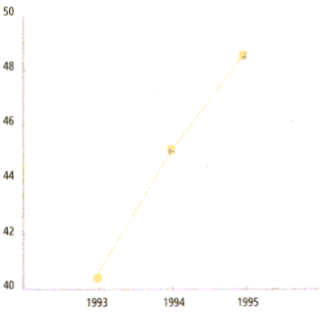
Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è passato dagli 88.192 miliardi del 1991 ai 94.102 miliardi del 1995. Le fonti principali del finanziamento sono rappresentate da:
- contributi obbligatori di malattia
- entrate dirette delle aziende sanitarie
- Fondo Sanitario Nazionale.

B

rapporto percentuale
fra entrate proprie
e finanziamento totale



contributi di malattia
(migliaia di miliardi di lire)



Le entrate dirette delle aziende sanitarie (derivanti dalla partecipazione alla spesa sanitaria a carico dei cittadini e dalla gestione del patrimonio del S.S.N.) hanno costituito nel 1995 circa il 3,7 % del finanziamento globale, nel 1994 il 3,3 e nel 1993 il 2,8.
I contributi obbligatori di malattia (dal 1 gennaio 1993 attribuiti direttamente alle regioni in relazione al domicilio fiscale degli iscritti al S.S.N.) sono saliti dai circa 40.000 miliardi del 1993 ai circa 48.000 del 1995.

Pertanto, le Regioni devono fare fronte con entrate proprie (con conseguente esonero di ulteriori finanziamenti da parte dello Stato) ai disavanzi di gestione delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende ospedaliere.

I correttivi strutturali ai meccanismi di spesa

Occorre tuttavia considerare che il contenimento dello stanziamento a carico del bilancio dello Stato, ottenuto con un mero trasferimento di spesa a carico dei bilanci regionali, non presenterebbe alcun reale vantaggio per la collettività senza la parallela assunzione, da parte delle Regioni, del reale governo della spesa.

Questo è possibile attraverso due modalità di intervento:

sui meccanismi di spesa dipendenti dai comportamenti dei cittadini assistiti;

. sui meccanismi interni di finanziamento del sistema

Gli interventi che incidono direttamente sui comportamenti dei cittadini – – quali ad esempio l'introduzione di quote di partecipazione al costo delle prestazioni – costituiscono strumenti relativamente semplici, che esplicano il loro effetto in modo indiscriminato, in quanto conferiscono soprattutto al singolo l'onere di selezionare la domanda sanitaria, indipendentemente dalla sua rilevanza.

Invece gli interventi che incidono sui meccanismi generatori di spesa interni al sistema – anche se tecnicamente e politicamente più complessi – consentono di operare in modo più efficace e duraturo nel tempo.

Con i Decreti 502/92 e 517/93 il legislatore ha scelto la seconda soluzione, introducendo alcuni correttivi strutturali ai meccanismi di formazione della spesa, quali:

il superamento dei metodi di pagamento a forfait;

l'impegno a rendere operativo il divieto di incarichi multipli (incompatibilità), con la riconduzione entro l'ambito di operatività diretta del Servizio di molte funzioni affidate a personale convenzionato plurincaricato;

la ridefinizione di alcuni modelli organizzativi che hanno mostrato gravi limiti di funzionalità ed una eccessiva onerosità rispetto al servizio reso;

l'avvio di sistemi di controllo della spesa indotta da parte dei medici prescrittori.

Il merito di questi interventi legislativi sta nell'aver individuato misure concrete per il governo della spesa In sanità, invero, non sono mancate le corrette teorizzazioni e le lungimiranti prospettazioni culturali: si pensi ai concetti di prevenzione e di partecipazione al processo di tutela della salute. Quel che è mancato, proprio per l'assenza di una cultura programmatoria, è stata la predisposizione di adeguati strumenti operativi, capaci di realizzare le loro premesse teoriche.

L'allocazione delle risorse

In questo quadro, la allocazione delle risorse avviene secondo il seguente schema:

1. lo Stato quantifica le risorse destinabili al S.S.N. in relazione ai livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini e le ripartisce alle Regioni per quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione residente;
2. il finanziamento è indistinto, nel senso che la Regione non ha un vincolo di destinazione delle risorse, ma deve garantire che nel proprio territorio siano assicurati, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, i livelli uniformi di assistenza;
3. se la Regione prevede, in corso d'esercizio, che le risorse, per una o più funzioni sanitarie, non sono sufficienti, ha l'obbligo di attuare le forme di autofinanziamento previste.

La remunerazione delle prestazioni sanitarie

I decreti legislativi 502/92 e 517/93 hanno introdotto alcune innovazioni anche nel sistema di remunerazione delle prestazioni erogate dal SSN. Tali innovazioni vanno considerate in relazione a tre aspetti che caratterizzano la riforma del Servizio:

in primo luogo, il capovolgimento introdotto nella definizione delle risorse finanziarie del S.S.N.: mentre la legge del 1978 partiva dalla programmazione dei «livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini» (art. 3) per arrivare alla individuazione del fabbisogno finanziario del S.S.N., il decreto legislativo 502/92 prevede invece che la programmazione sanitaria ed i livelli uniformi di assistenza debbono essere vincolati agli «obiettivi della programmazione socio-sanitaria nazionale« e alla »entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale« (art. 1).

L'enfasi sul vincolo del bilancio comporta una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse ed il superamento del sistema di pagamento di tipo retrospettivo, il quale, rimborsando tendenzialmente la totalità dei costi sostenuti dai soggetti erogatori, risulta deresponsabilizzante e ininfluente sui loro livelli di efficienza;

il secondo aspetto da tenere presente è il processo di marcato decentramento delle decisioni all'interno del S.S.N., introdotto dal riordinamento in atto. Sul versante organizzativo, le unità sanitaria locali ed alcuni grandi ospedali vengono trasformati in aziende, con la attribuzione al direttore generale di una ampia autonomia decisionale e di una precisa responsabilità verso i risultati conseguiti. Sul versante finanziario, con la attribuzione regionale dei contributi assistenziali, con la distribuzione del Fondo Sanitario Nazionale in funzione della quota capitaria, associata ai livelli uniformi di assistenza, e con la delega alle regioni delle competenze in materia di organizzazione dei servizi, si procede ad una ulteriore regionalizzazione del S.S.N.;

il terzo aspetto innovativo che caratterizza il nuovo sistema di finanziamento riguarda il chiarimento dei ruoli fra l'Azienda sanitaria e gli erogatori delle prestazioni. La prima (ed in prospettiva anche il medico di base) si presenta infatti come acquirente delle prestazioni sanitarie, mentre i secondi sono identificati in tutti i soggetti, pubblici e privati, titolari di «appositi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate».

Da tale distinzione di ruoli deriva l'introduzione di forme di competizione tra i vari erogatori del S.S.N., pubblici e privati, che si trovano a dividersi il «mercato» delle prestazioni sanitarie in funzione delle proprie capacità di attrarre i compratori, ossia essenzialmente in funzione della qualità delle prestazioni erogate e della propria capacità di contenere i costi di produzione entro le remunerazioni riconosciute per tali prestazioni dai soggetti acquirenti.

Accreditamento delle strutture

Per quanto concerne l'accreditamento delle strutture, esso sarà deciso dalle Regioni, dopo aver verificato il possesso di determinati requisiti minimi prestabiliti con atto di indirizzo e coordinamento, emanato dal Ministero della sanità d'intesa con la Conferenza Stato Regioni. L'accreditamento presuppone il dovere-potere della Regione di svolgere controlli per verificare la permanenza dei requisiti richiesti e l'osservazione dell'obbligo assunto di accettare il sistema del pagamento a prestazione.

L'elenco dei soggetti accreditati è equiparabile ad una lista di potenziali fornitori di prestazioni del S.N.N. In questo elenco ogni azienda dovrà individuare le strutture con le quali contrattare tipologie, quantità e tariffe delle prestazioni da erogare, tenendo conto di quelle che sono le potenzialità delle strutture pubbliche e garantendo agli assistiti, con le risorse disponibili, i livelli uniformi di assistenza.

Il provvedimento di individuazione dei requisiti minimi che devono essere posseduti dalle strutture per essere accreditate è stato definito alla fine del 1996 (e pubblicato con D.P.R. 14-1-97). Per altro nel corso del 1995 era già stato dato avvio al nuovo sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie per tutte le attività assistenziali ospedaliere ed era stato attuato l'accreditamento transitorio delle strutture, legislativamente sancito. La legge aveva previsto, infatti, che per due anni (1995 e 1996) fossero accreditate presso il Servizio Sanitario Nazionale le istituzioni preesistenti, ossia tutte le istituzioni pubbliche e le istituzioni private che erano convenzionate alla data di entrata in vigore del nuovo sistema, cioè, al 1 gennaio 1993.

Remunerazione delle prestazioni secondo tariffe prestabilite

Più immediata attuazione è stata possibile per quanto previsto dalla riforma (art. 8 comma quinto del Decreto Legislativo 502/92 modificato

ed integrato dal Decreto Legislativo 517/93) in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso appositi rapporti con i produttori fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato.

Il P.S.N. 1994-96, al paragrafo 8, conferma che il finanziamento di tutti gli erogatori, pubblici e privati, deve avvenire sulla base di tariffe predeterminate, fissate a livello regionale secondo criteri generali stabiliti a livello nazionale.

Il decreto ministeriale del 15 aprile 1994, emanato in attuazione del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, determina i criteri che debbono essere tenuti presenti dalle Regioni per la fissazione delle tariffe.

Il Decreto Legge 29 ottobre 1994, n. 603 (successivamente reiterato) ha anticipato al 1° gennaio 1995 l'introduzione del pagamento a tariffa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e ha previsto l'adozione da parte del Ministero della Sanità di un apposito decreto (emanato il 14/12/94), per la determinazione delle tariffe da applicare in caso di inadempienza da parte delle Regioni.

La Legge 23 dicembre 1994, n. 724 (collegato alla «finanziaria» 1995), nel richiamare la remunerazione a tariffa delle prestazioni, ha stabilito un puntuale sistema di finanziamento per le aziende ospedaliere e per i presidi ospedalieri, valido per il 1995 e per un triennio.

È stato così regolamentato il passaggio, nell'arco di un triennio, dal finanziamento sulla base della spesa storica a quello basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, secondo tariffe prestabilite.

Le caratteristiche principali di questo nuovo sistema emergono dal contenuto del D.M. 15 aprile 1994 e si possono riassumere nei tre punti seguenti:

1. In coerenza con la responsabilizzazione finanziaria del livello regionale, ogni regione e provincia autonoma è chiamata a determinare i propri livelli tariffari, validi per tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti sul proprio territorio. Ciò consente, innanzitutto, di tenere conto dei livelli di efficienza, che caratterizzano gli erogatori locali, e di mantenere sotto controllo la spesa sanitaria, attraverso tariffe predeterminate sulla base dei costi di produzione. La fissazione delle tariffe a livello regionale consente anche di tenere conto della diversa composizione dell'insieme delle prestazioni erogate in ogni realtà regionale e locale.

2. Il decreto ministeriale stabilisce che le tariffe fissate a livello regionale rappresentino la «remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori«, lasciando pertanto aperta la possibilità di negoziazioni tra acquirenti ed erogatori per accordi relativamente a tutte le condizioni di scambio: qualità, quantità, prezzo, etc.. Mediante la «flessibilità» delle tariffe si è inteso anche lasciare spazio per una attività di programmazione, tanto a livello regionale quanto a livello di Azienda Sanitaria, al fine di garantire la necessaria coerenza rispetto alle specifiche disponibilità finanziarie.

3. Il decreto ministeriale stabilisce che le tariffe siano fissate «sulla base del costo standard di produzione calcolato in via preventiva

sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, preventivamente individuato secondo criteri di efficienza e di efficacia». Le regioni dovranno quindi commisurare le proprie tariffe sui costi effettivamente sostenuti dai propri erogatori e, a tal fine, avviare appositi sistemi di rilevazione presso un campione scelto in modo da rappresentare livelli di efficienza accettabili come riferimento, in termini di qualità e di costo. Il costo preso in considerazione è quello pieno, associato a condizioni di produzione prossime a quelle attuali, con possibilità di incrementarlo quando gli erogatori svolgano attività istituzionali di ricerca e di didattica, ovvero siano tenuti a prestare servizi obbligatori. Viene, infine, indicata una serie di attività che, per il loro carattere di forte specializzazione ad elevato costo, per le esternalità ad esse associate e/o per la loro rilevanza di natura strategica, può risultare maggiormente appropriato finanziare mediante modalità alternative rispetto alle tariffe per prestazioni. In particolare, vengono elencate specificamente le attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi, di assistenza ai grandi ustionati, nonchè quelle di didattica, di ricerca e di eventuali ulteriori servizi, individuati dalla regione, prevedendo che per il loro finanziamento si possa ricorrere a programmi regionali finalizzati.

Stato di attuazione

In attuazione di questi principi tutte le Regioni hanno emanato specifiche normative, articolando le tariffe anche per tipologie di erogatori, in funzione dei fattori di variabilità dei costi e dei volumi di prestazioni.

La Fig. 5 riassume le principali caratteristiche delle normative regionali emanate in materia.

Il successo del nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni dipende in larga misura dalla capacità di contrastare gli effetti distorsivi che tipicamente caratterizzano questi meccanismi. A tal fine, è previsto lo sviluppo di una rete di controlli sulla qualità e la appropriatezza delle prestazioni erogate e sul rispetto delle regole di scambio.

I controlli dovranno verificare, in particolare, la correttezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, contenente le informazioni sulla base delle quali vengono definite le prestazioni e le relative tariffe. Debbono essere tenuti sotto controllo principalmente i seguenti fenomeni, potenzialmente indicativi di comportamenti opportunistici degli erogatori:

durata di degenza significativamente più bassa rispetto alla media, indice di ricoveri impropri, dimissioni anticipate e ricoveri ripetuti;

durata di degenza anomala, indice di ricoveri prolungati senza motivo;

diagnosi concomitanti e/o complicanti, per individuare i casi «complicati» in modo fittizio;

ricoveri ripetuti e loro appropriatezza per individuare pratiche di aumento improprio del volume delle prestazioni.

Fig. 5 normative regionali in materia di tariffe

regione	tariffario di riferimento	variazione della remunerazione per
Piemonte	nazionale	Ospedali di base -19% Az. Ospedaliere e I.r.c.c.s. -7% Osp. senza PS -27% Erogatori privati -40%
Lombardia	valore del punto base: 5.129.000 (media)	ricoveri ordinari ricoveri oltre valore soglia ricoveri di un solo giorno ricoveri in day hospital
Veneto	valore del punto base: 4.700.000	alcuni D.R.G. Ricoveri per acuti (in relazione a ciascun D.R.G.) ricoveri di un solo giorno ricoveri in day hospital: - chirurgici: 50% del ricovero ordinario - medici: £ 282.000
Friuli V. G	nazionale	Strutture di alta complessità (Policlinici universitari, I.r.c.c.s. Ospedali ad alta specializzazione): -15% Strutture che sono inserite nei dipartimenti di emergenza ma non svolgono attività di emergenza: -45% Ricoveri di un solo giorno: -45%
Liguria	nazionale	O.S.Martino ed I.r.c.c.s.: tariffa piena altre strutture: -20%
Emilia Romagna	punto base. strutt. pubbliche 4.900.000 strutt. private 4.300.000	ricoveri ordinari e in day hospital: tariffa per punto ricoveri di un solo giorno (medici): £ 234.000
Toscana	punto base 1a classe: £ 5.689.000 2a e 3a classe: £ 5.025.000 4a classe: £ 4.586.000	Le strutture sono suddivise in quattro classi cui corrispondono remunerazioni differenti
Umbria	nazionale, ridotto dell'8%	ricoveri ordinari: -8% ricoveri di un solo giorno e ricoveri in day hospital: -8%, con correttivi per alcuni DRG
Marche	nazionale	tariffe ridotte del 23%
Lazio	nazionale	strutture private: -20%
Abruzzo	nazionale	ricoveri per acuti: mediamente -25% tariffa specifica per day hospital
Molise	nazionale	strutture private: -30%
Campania	nazionale	casa di cura fasce: A -20% B -32% C -43%
Puglia	nazionale	strutture di classe 1a: -5% 2a: -10% 3a: -15% 4a: -25%
Basilicata		
Calabria	nazionale	acuti: -40% tariffa nazionale riabilitazione: -50% tariffa nazionale lungodegenti: -35%
Sicilia	punto base: 4.403.000	
Sardegna	nazionale	riduzione media del 32%

(*) il tariffario nazionale è contenuto nel Decreto Ministeriale 14/1/96

1.6 LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI DEL S.S.N.

Premessa

Il P.S.N. ribadisce l'importanza e la necessità di un sistema di indicatori affermando che «...La rilevanza delle attività erogate dal S.S.N., e l'entità delle risorse a tal fine necessarie, comportano la necessità di valutare in maniera sistematica l'attività svolta, al fine di verificare se i benefici conseguiti siano compatibili con i costi sostenuti e quindi se gli sforzi volti a migliorare l'efficienza e la efficacia del servizio offerto all'utente abbiano raggiunto i risultati desiderati...»

L'esigenza di valutare l'attività svolta risulta pertanto strettamente connessa al problema della qualità delle prestazioni del S.S.N. Tale qualità può avere un doppio momento di verifica:

1. ex-ante, mediante la specificazione di regole da seguire nella erogazione dei servizi (accreditamento, carta dei servizi, protocolli)
2. ex-post, mediante specifiche misure (il sistema degli indicatori) dei principali parametri che caratterizzano l'attività svolta.

Dell' accreditamento delle strutture si è già parlato nel precedente paragrafo; in questa sede, pertanto, si esamineranno le caratteristiche di due strumenti, utili al miglioramento nella qualità dell'assistenza: il sistema degli indicatori e la carta dei servizi sanitari.

Il sistema degli indicatori.

Il sistema di indicatori, finalizzato a verificare i risultati conseguiti in termini di efficienza e di qualità, risulta definito dai provvedimenti di attuazione dell'art 10 del Decreto Legislativo 502 (Decreto 2417195 pubblicato sulla G.U. n.263 del 10/11/95 «Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale«) e dell'articolo 14 dello stesso provvedimento (Decreto 15 ottobre 1996 pubblicato sul G.U. n° 14 del 18-1-97)

Il primo provvedimento individua un insieme minimo di informazioni comuni a tutte le realtà regionali, ferma restando la piena autonomia delle Regioni di integrarlo con ulteriori fabbisogni informativi specifici per le singole realtà. Queste informazioni comuni sono state definite sulla base di due criteri principali:

compatibilità con i livelli uniformi di assistenza sanitaria: all' interno di questi sono state individuate aree di offerta relativamente omogenee da monitorare attraverso il sistema di indicatori;

definizione, all' interno di ciascuna area omogenea, di specifici indicatori per valutare i seguenti aspetti:

domanda/accessibilità alle prestazioni;
risorse impiegate nel processo di produzione delle prestazioni;
attività svolte;
risultati ottenuti.

Il secondo provvedimento, in attuazione del principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti, individua allo scopo uno specifico sistema di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, con riferimento a:

personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
diritto all'informazione
prestazioni alberghiere
prevenzione delle malattie.

Il sistema degli indicatori dovrà essere supportato da uno dei moduli del Sistema Informativo Sanitario nazionale, specificamente dedicato alle attività di valutazione e controllo delle attività sanitarie, a beneficio di tutti i processi decisionali:

a livello locale, evidenziando le aree critiche, da sottoporre ad ulteriori analisi, e orientando eventuali provvedimenti correttivi;

a livello regionale e centrale, per verificare i criteri di programmazione e di allocazione delle risorse.

Benchè i limiti degli indicatori siano ancora numerosi e di varia natura (anche in ragione della scarsa sperimentazione nella realtà nazionale), la loro introduzione rappresenta un indubbio stimolo alla conoscenza dei meccanismi di funzionamento del sistema sanitario per migliorarne le prestazioni e per contenerne i costi.

Al fine di un corretto utilizzo del sistema degli indicatori si rileva che:

nessun indicatore potrà essere usato isolatamente;

nessun indicatore deve essere utilizzato come strumento per la compilazione della «pagella» delle singole realtà;

gli indicatori assumono la funzione di ausilio per focalizzare gli aspetti sui quali devono partire gli approfondimenti conoscitivi;

solo l'esame puntuale delle determinanti delle singole situazioni può consentire la formulazione di un giudizio complessivo sui diversi comportamenti;

nessun indicatore dovrebbe essere impiegato come standard di riferimento: il confronto con i valori medi nazionali risponde solo a esigenze pratiche di analisi degli scostamenti rispetto ad una misura sintetica del fenomeno indagato.

La Carta dei servizi sanitari

Il processo di riordino del S.S.N. nasce in un contesto più generale di riorganizzazione della Pubblica Amministrazione, caratterizzato tra l'altro dalla ricerca di nuove regole nei rapporti fra i cittadini e le Amministrazioni pubbliche.

Come primo passo in questa direzione, sulla scorta di provvedimenti analoghi adottati in altri paesi europei, il Ministero per la Funzione pubblica ha elaborato nel corso del 1993 la prima proposta di Carta

dei servizi, conclusa con l'emanazione della «Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri sui principi per l'erogazione dei servizi pubblici» del 27 gennaio 94, in cui viene stabilito il principio generale secondo il quale ogni struttura pubblica che eroga servizi deve dichiarare in un apposito documento (la Carta dei servizi) le regole che disciplinano i rapporti con i suoi utenti.

Successivamente, è stata resa obbligatoria, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici nei settori progressivamente indicati dalla Presidenza del Consiglio, l'adozione di proprie Carte dei servizi, seguendo schemi di riferimento appositamente definiti per ciascun settore.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 199S, la sanità è stata individuata come primo settore di applicazione della Carta dei servizi: un «patto» con i cittadini, attraverso il quale le U.S.L. e le Aziende ospedaliere si impegnano su alcuni standard di qualità (come i tempi massimi di attesa per il ricovero, i tempi di prenotazione delle visite in ambulatorio, l'accesso ai servizi, etc.) e riconoscono al cittadino utente la possibilità di verificare e di far valere il rispetto effettivo degli impegni assunti.

Per la attuazione della Carta dei Servizi il Ministero ha realizzato una serie di interventi lungo le seguenti linee di azione:

1. elaborazione delle linee-guida UAttuazione della carta dei servizi nel Servizio Sanitario nazionale« (luglio-agosto 1995, pubblicate in G.U. il 31 agosto 1995, n. 203);
2. attivazione dello «Sportello per la Carta dei servizi» presso il Dipartimento della Programmazione;
3. supporto alle Aziende sanitarie nella fase di impostazione del progetto per l'adozione della Carta;
4. realizzazione e diffusione di specifici supporti informativi e documentali, quali l'edizione periodica dei «Quaderni della carta dei servizi».

Stato di attuazione

Lo stato di attuazione della carta dei servizi nel S.S.N. è delineato nei citati Quaderni (Ottobre 1995 ed Aprile 1996), dai quali risulta che al 30 aprile 1996 il numero di aziende sanitarie che dispone di una Carta dei servizi è quasi raddoppiato rispetto all'ottobre 1995, passando da 82 a 158 Aziende (51% del totale). Considerando anche le Aziende che a tale data hanno in corso progetti per l'attuazione delle Carta, il totale di quelle impegnate nel processo di adozione della Carta è di 251 (pari all'81% del totale).

Per quanto concerne i contenuti delle Carte già elaborate, risultano focalizzati i seguenti argomenti:

informazioni sulle strutture e i servizi forniti;

standard e impegni di qualità;

impegni sui temi dell'umanizzazione, personalizzazione, semplificazione e trasparenza dei servizi e delle prestazioni;

modalità di tutela, partecipazione, verifica e soddisfazione dell'utente.

2. Lo stato di salute della popolazione

PAGINA BIANCA

2.1 POPOLAZIONE

L'ammontare e la distribuzione territoriale della popolazione sono tra i pochissimi parametri demografici rimasti, nel recente e meno recente periodo, sostanzialmente stabili o comunque moderatamente dinamici, a paragone di altri elementi che caratterizzano il panorama evolutivo nazionale, contraddistinto invece da profonde e significative trasformazioni, che sono tipiche della fase della transizione demografica attraversata dal nostro paese, così come, peraltro, da quasi tutti gli altri paesi del «nord» post-industrializzato del pianeta. Pur trattandosi, naturalmente, di indicatori solo parzialmente illustrativi della situazione demografica del paese e, a maggior ragione, delle dinamiche in atto, questi aspetti demografici rimangono, tuttavia, assolutamente imprescindibili e cruciali per valutare, in prima approssimazione, la congruità dell'attuale assetto architettonico del S.S.N. e l'opportunità di riaggiustamenti o miglioramenti, che dovessero eventualmente apparire necessari.

Gli abitanti in Italia superano i 57,3 milioni, dei quali 25,5 (quasi 45%) risiedono nell'Italia settentrionale, 21 nell'Italia meridionale (oltre il 36% del totale) e 11 milioni (circa il 19%) nell'Italia centrale.

La tendenza alla concentrazione territoriale della popolazione italiana è rappresentata nella Fig. 1-A.

L'ordine di grandezza di questi semplici indicatori è ben noto da tempo: la distribuzione territoriale della popolazione non è certamente un parametro molto variabile.

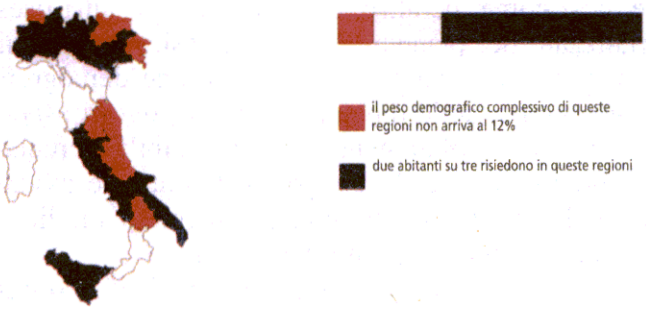
Nondimeno essi rimangono comunque significativi, se si pensa che fanno da sfondo demografico reale a una realtà istituzionale nella quale gli strumenti di governo a livello di Enti locali territoriali, nella fattispecie le Regioni, particolarmente coinvolte per quanto riguarda la Sanità pubblica, non differiscono sostanzialmente tra ente ed ente dello stesso livello gerarchico e, comunque, non appaiono concepiti per affrontare adeguatamente problemi che sono di complessità esponenzialmente crescente al crescere proporzionale della dimensione del sistema-regione.

La realtà, relativamente recente, della presenza straniera nel nostro paese (Fig. 1-B) non appare, dal punto di vista strettamente quantitativo e comparativamente a molti altri paesi europei, particolarmente vistosa. Le persone che dimorano stabilmente in Italia, includendo tra esse anche tutti i cittadini non nazionali dell'Unione Europea, non arrivano a 700.000 unità, secondo i risultati più recenti della rilevazione annualmente condotta dall'Istat presso le anagrafi comunali. L'iscrizione in anagrafe, cioè il requisito della residenza, può essere considerata un indicatore ragionevolmente affidabile di una sostanziale stabilità della presenza nel paese. In tutto, il peso della popolazione straniera con un minimo di radicamento supera di poco l'1% (esattamente 1,2%) del totale dei residenti. L'attenzione particolare per la realtà della presenza straniera non è dunque giustificata tanto dal livello del fenomeno, quanto piuttosto, ancora una volta, dalla sua distribuzione territoriale, oltrechè, naturalmente, dalle particolari caratteristiche del sub-universo considerato, o almeno di una sua parte consistente.

concentrazione territoriale della popolazione italiana e presenza straniera al 1-1-1995

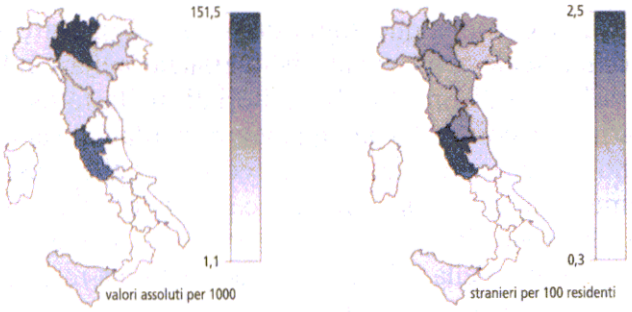
Fig. 1

A regioni a maggiore e minore concentrazione di abitanti



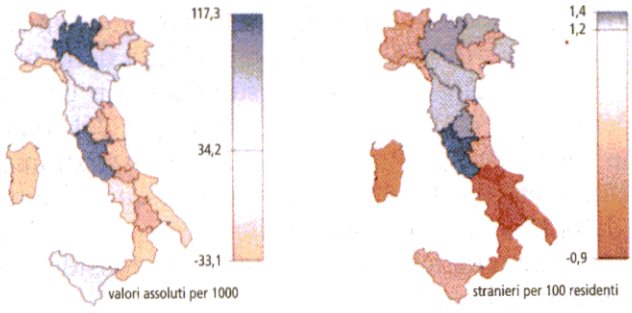
Due italiani su tre risiedono in sole sette regioni: Lombardia (9 milioni di abitanti), Campania (5,8 milioni), Lazio (5,2 milioni) e Sicilia (5,1 milioni), Veneto (4,4 milioni), Piemonte (4,3 milioni) e Puglia (4,1 milioni). Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Umbria, Molise, Basilicata Friuli-Venezia Giulia, Marche e Abruzzo insieme non arrivano a coprire il 12% del totale della popolazione italiana.

B distribuzione regionale della presenza di stranieri



La popolazione straniera registrata all'anagrafe, pari a 683564 unità supera di poco l'1% (esattamente 1,2%) del totale dei residenti. Oltre 280.000 di essi, quasi il 42% del totale, risiedono in Lombardia (151.000) e nel Lazio (132.000).

C distribuzione regionale della presenza di stranieri: scostamenti dalla media



Gli stranieri sono concentrati nei grandi contesti metropolitani del paese. In sette regioni, tutte localizzate nel Nord e nel Centro, si registra un peso percentuale di presenza straniera superiore alla media nazionale. In complesso, ben 561.000 stranieri, oltre otto su dieci (l'82% del totale) risiedono in regioni del Nord o del Centro e soltanto 122.000 nel Mezzogiorno (di cui 46.000 in Sicilia)

Queste cifre sono rivelatrici della approssimativa significatività della scala territoriale «regionale» rispetto al fenomeno: è piuttosto la scala territoriale metropolitana« la chiave di lettura corretta della distribuzione degli stranieri sul territorio nazionale, soprattutto per quanto riguarda Lazio e Lombardia. Dal punto di vista dei «livelli di attenzione» al fenomeno, dunque, sono le grandi aree metropolitane del paese, soprattutto Roma e Milano, che meritano un'attenzione tutt'affatto particolare.

2.2 MOVIMENTO DEMOGRAFICO

La dinamica demografica del totale della popolazione è, da tempo, caratterizzata da ritmi molto moderati. Il quadro demografico nazionale del recente periodo, com'è peraltro ben noto, è stato connotato da ritmi di accrescimento naturale sempre meno consistenti, a fronte di contributi dovuti alla componente migratoria di segno moderatamente positivo.

Nel complesso, il paese continua a registrare valori positivi di accrescimento demografico, sia pure di entità assai contenuta.

Nel 1995 l'incremento complessivo della popolazione residente è stato dell'uno per mille. Piemonte, Friuli Venezia-Giulia, Liguria e Toscana nel centro-nord del paese, Molise, Basilicata e Calabria, nel Mezzogiorno, sono le regioni che, per ragioni molto diverse, hanno fatto registrare, nel corso del 1995, decrementi di popolazione. In tutte le altre regioni si osservano invece incrementi di popolazione, mediamente contenuti, ma in taluni casi non trascurabili in termini relativi, come in Trentino Alto-Adige (+4,9 per mille) e in Umbria (+4,2 per mille).

Questi valori «netti» sono però il risultato di tendenze contrastanti e nascondono realtà piuttosto contraddittorie. La prima contraddizione riguarda il diverso ruolo che giocano le due componenti, naturale e migratoria, nel determinare la dinamica demografica nell'attuale fase transizionale. La seconda contraddizione è invece di natura territoriale ed è legata alla geografia delle due componenti. L'osservazione dell'intersezione di questi due aspetti rende evidenti le dinamiche che quasi contrappongono nord-centro da un lato e Mezzogiorno dall'altro.

Nel 1993 l'Italia ha sperimentato per la prima volta nella sua storia – se si esclude l'eccezione del biennio 1917-18, conseguenza della grande guerra e dei suoi effetti disastrosi sia sui decessi sia sulle nascite – un saldo naturale negativo, anche se inizialmente di entità modestissima, entrando in una fase che è stata descritta, con efficace espressione, «inverno demografico». Non va taciuto come sia improbabile che questo «inverno» conosca interruzioni nel brevissimo periodo, mentre è altamente probabile che esso divenga particolarmente e crescentemente «rigido» nel medio periodo. Nel 1994 e nel 1995 il fenomeno si è accentuato.

Nel 1995 il saldo naturale è stato di quasi 30.000 unità in meno, in termini relativi pari a –0,5 per mille, e tutto lascia pensare che, anche nel corrente anno, la tendenza all'«implosione demografica» prosegua agli stessi ritmi dell'anno precedente.

La variabilità regionale del saldo naturale è evidentissima ed accentuata (Fig. 2-A).

In questo quadro di dinamica naturale «fredda», la dinamica migratoria assume sempre maggiore importanza.

A livello nazionale, il saldo positivo con l'estero comincia ad assumere dimensioni ragguardevoli in assoluto, rispetto al passato, anche se – non diversamente da quanto si segnalava per quanto riguarda gli aspetti di stock della presenza straniera – relativamente ancora molto contenute (meno dell'1 per mille). Va a questo proposito ricordato che il saldo con l'estero viene misurato su quantità in entrata e in uscita che non tengono conto della nazionalità dei migranti.

Un'adeguata rappresentazione degli andamenti demografici a livello subnazionale non può prescindere dall'altra componente della dinamica migratoria, vale a dire le migrazioni interne (Fig. 2-A). Più si scende a livello territoriale, maggiore è l'impatto di questa componente. Già a livello regionale, sia le quantità in entrata sia quelle in uscita del movimento migratorio sono maggiori delle corrispondenti poste del movimento naturale, in tutte le regioni italiane senza eccezioni.

In generale i contributi del movimento migratorio interno, positivi o negativi che siano, superano decisamente quelli del movimento naturale (in Liguria e Val d'Aosta, ad esempio, ogni 6/8 nascite si registrano 30/35 iscrizioni in anagrafe, così come, sempre in Val d'Aosta, il numero di cancellati è tre volte quello dei decessi). Anche da questo punto di vista, la tradizionale dicotomia nord-sud risulta ancora abbastanza esplicativa, sia pure con contrasti meno forti nell'intensità del fenomeno redistributivo della popolazione e direttrici dei flussi netti in parte modificate.

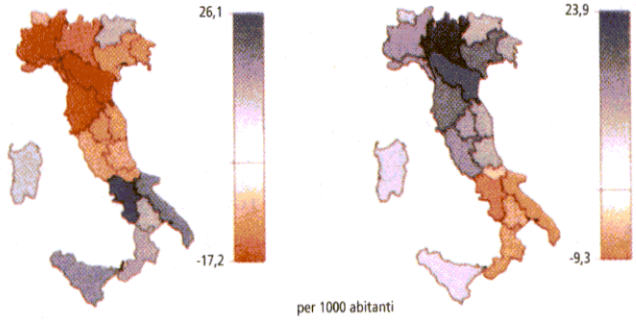
2.3 INDICATORI DEMOGRAFICI

Nell'ambito del quadro demografico complessivo e generale appena descritto, le tendenze intrinseche della dinamica demografica, particolarmente di quella naturale, sono espresse, più efficacemente e in misura più completa, da appropriati indicatori sintetici di fecondità e mortalità, che siano esenti da quegli effetti distorsivi che affliggono i quozienti generici di natalità e mortalità, e dunque maggiormente esplicativi di questi ultimi, in particolare dal punto di vista comparativo a livello territoriale. Da questo punto di vista, gli indicatori sintetici più utilizzati sono l'indice di fecondità totale (I.F.T.) e la speranza di vita (1).

(1) Entrambi vengono normalmente riferiti a un singolo anno di calendario, per poterne apprezzare le variazioni da un anno all'altro e pertanto denominati indicatori di periodo (contrapponendoli agli analoghi indicatori, teoricamente calcolabili per anno di i nascita, dunque per generazione). Il primo esprime il numero medio di figli per donna di una generazione fittizia composta da tutte le donne in età feconda (dai 15 ai 49 anni) in un determinato anno di calendario, dunque appartenenti a 35 differenti generazioni. Il secondo esprime il numero medio di anni che restano mediamente da vivere ad una determinata età, nella popolazione stazionaria associata alla tavola di mortalità riferita ad un determinato anno di calendario: la speranza di vita alla nascita, per ciascuno degli individui che compongono l'ipotetica generazione della tavola di mortalità di quell'anno.

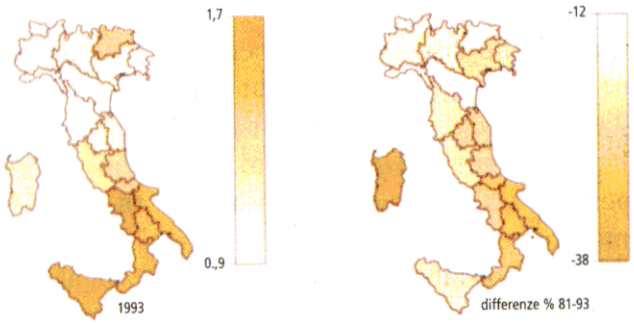
Fig. 2 alcuni indicatori demografici

A saldo naturale della popolazione — le migrazioni interne



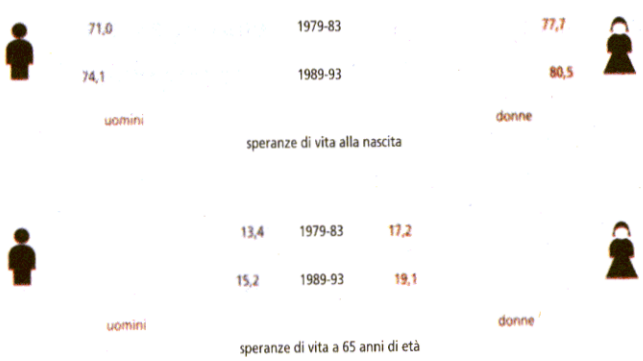
Tutte le regioni dell'Italia settentrionale e centrale, con l'esclusione del solo Trentino Alto-Adige presentano saldi naturali negativi, compensati da migrazioni esterne ed interne. Rispetto a queste ultime, le regioni più "attrattive" sono risultate, nel 1995, Umbria, Liguria, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Toscana e Marche.

B indice di fecondità totale (I.F.T.)



Nel 1993 l'IFT è stato di 1,26 figli per donna.
Dal 1981 ad oggi l'IFT è sceso di oltre il 20%.
La maggior parte delle regioni del Mezzogiorno hanno registrato ritmi di decremento della fecondità decisamente più sostenuti che nel resto del paese - quasi il 30% in meno in Puglia, Basilicata e Calabria, quasi il 40% in meno in Sardegna

C speranza di vita



In dieci anni la sopravvivenza è aumentata considerevolmente in entrambi i sessi: gli uomini hanno raggiunto i 74 anni di vita media, con un guadagno di oltre tre anni,
le donne hanno raggiunto gli 80 anni e mezzo con un guadagno di 2,8 anni.

Natalità

Solo l'analisi dell'indice di fecondità totale riesce a fornire un primo quadro, ancora approssimativo, ma efficace, del reale impatto che la transizione demografica ha avuto sui comportamenti riproduttivi delle donne italiane nel lungo periodo, ma in particolare negli ultimi venti anni. Dopo i valori di circa 3 figli per donna caratteristici degli anni pre-bellici e immediatamente successivi, Ìindice di fecondità iniziava una graduale discesa esauritasi alla fine degli anni Cinquanta, con un rapida inversione di tendenza verso una ripresa della fecondità. Nel 1964, anno del famoso babyboom, il numero medio di figli per donna raggiungeva il suo massimo relativo dal 1950. Dopo dieci anni, nel 1974, l'indice era ancora ben al di sopra della soglia di sostituzione (poco oltre i due figli per donna), in grado di garantire nel lungo periodo il rimpiazzo generazionale. Nel decennio 1974-84 i livelli della fecondità sono invece calati in misura davvero consistente. La tendenza è proseguita, con intensità appena minore, nell'ultimo decennio. Nel 1993 l'I.F.T. è stato di 1,26 figli per donna. Le stime più recenti sui dati del 1994 lo collocano intorno a 1,21. Soltanto dal 1981 ad oggi l'IFT è sceso di oltre il 20%.

Siamo il paese con la più bassa fecondità del mondo, seguiti a breve distanza da Germania e Spagna, la prima entrata in fase di «recessione riproduttiva» prima dell'Italia, la seconda dopo.

Senza entrare nel merito delle discusse cause sociali, economiche e culturali di tale riduzione (fenomeno peraltro comune, sia pure con intensità e modalità abbastanza diverse, a tutti i paesi europei e industrializzati in generale), è il caso di rilevare che questo fenomeno è fortemente associato allo spostamento in avanti del processo riproduttivo, con particolare riferimento al progressivo ritardo che si registra nell'età media alla nascita del primo figlio: in soli dodici anni, dal 1981 al 1993 questo valore è salito di oltre due anni (esattamente 2,3) arrivando ormái a 27 anni e mezzo. «Figli più tardi significa meno figli», anche perchè con l'aumentare dell'età aumentano i rischi dell'infertilità non programmata, anche in presenza di tecnologie anti-sterilità .

Oltre al calo di fecondità «programmata», che è in qualche modo determinato da scelte consapevolmente restrittive di pianificazione familiare, esiste probabilmente anche una piccola fascia emergente di infecondità non programmata, indotta dallo spostamento in avanti del calendario riproduttivo. La variabilità territoriale della denatalità, cui si è accennato nei precedenti paragrafi, diventa evidentissima osservando gli indicatori sintetici di fecondità per regione. (Fig. 2-B)

Ben sei regioni del centro-nord – Piemonte, Val d'Aosta, Friuli, Liguria, Emilia Romagna, Toscana – si distinguono per livelli di fecondità pari o al di sotto di un figlio per donna: si tratta dell'area con la fecondità più bassa mai registrata, al mondo e nel tempo, in modo continuato,

superiore solo a quella registrata nei nuovi laender della Germania negli anni immediatamente successivi alla caduta del muro di Berlino.

La distribuzione regionale della discendenza finale conferma che i modelli riproduttivi tra Italia centrosettentrionale e Mezzogiorno rimangono chiaramente diversi, pur evolvendo nella stessa direzione: nel nord e nel centro infatti, il ritmo di discesa della fecondità per generazioni è stato altrettanto, se non maggiormente, intenso che nelle regioni meridionali. È il modello del figlio unico quello verso il quale sembrano dirigersi le strategie di pianificazione familiare in molte regioni del nord e del centro, mentre la maggior parte delle donne meridionali che hanno il primo figlio proseguono nel percorso riproduttivo: in Calabria, Basilicata e Puglia la discendenza finale della generazione 1964 è stimata ancora a livelli pari o superiori a 1,8 figli per donna, mentre in Campania e Sicilia supera addirittura 1,9, solo di poco inferiore alla soglia di sostituzione.

Parallelamente, dal 1981 al 1993 gli incrementi più consistenti nell'età media alla nascita del primo figlio si sono verificati in Friuli Venezia-Giulia, Toscana e Veneto (oltre 3 anni), Lazio (2,9 anni), Lombardia e Marche (2,7 anni), mentre gli incrementi più contenuti, dell'ordine di circa un anno e mezzo, si riscontrano in Campania, Calabria e Sicilia. Rispetto a un valore nazionale di 27 anni e mezzo, troviamo i due estremi in Liguria, dove l'età media alla nascita del primogenito ha ormai superato i 29 anni, ed in Calabria e Sicilia, dove invece non ha ancora toccato i 26. In generale, in tutte le regioni del nord e del centro, inclusa la Sardegna, l'età media alla nascita del primo figlio sfiora ormai, o supera, i 28 anni, mentre nelle altre regioni del Mezzogiorno, ad eccezione dell'Abruzzo, il valore non raggiunge i 27 anni.

Mortalità

Trasformazioni meno «spettacolari», ma egualmente molto significative, sono in atto anche per quanto riguarda l'altra componente della dinamica naturale, la mortalità (generale).

Il nostro paese ha raggiunto livelli di sopravvivenza tra i più alti nell'Unione Europea, inferiori, per i maschi, solo a quelli di Svezia e Grecia, e circa pari a quelli di Spagna, Olanda, Francia e Regno Unito; per le femmine, ci precedono Francia e Spagna, mentre i valori italiani sono simili a quelli di Svezia e Olanda.

Con riferimento al periodo 1989-93 la vita media ha superato i 74 anni per i maschi (74,1) e ha raggiunto 80 anni e mezzo per le femmine (Tav.2-C).

Nel quadro di un miglioramento evidente delle condizioni di sopravvivenza che riguarda entrambi i sessi, va sottolineato come venga confermato l'esaurimento, anche nel nostro paese, della tendenza alla divaricazione, a favore delle femmine, dei livelli di sopravvivenza dei sessi, e dell'emergere di segnali dell'avviarsi di una fase in cui il differenziale di sopravvivenza tra i sessi tende invece ad

attenuarsi, cosa che già, peraltro, avviene da tempo in altri paesi europei, ad esempio Regno Unito e Paesi Bassi.

I maggiori contributi all'incremento della sopravvivenza provengono ormai in misura prevalente dai guadagni realizzati alle età anziane.

La progressiva «rettangolarizzazione» della curva di sopravvivenza, dovuta inizialmente soprattutto alla straordinaria riduzione della mortalità infantile, non ha tuttavia impedito che nel decennio considerato si realizzassero ulteriori notevolissimi miglioramenti della sopravvivenza nel primo anno di vita, che hanno condotto all'ulteriore abbattimento della corrispondente probabilità di morte, ridotta di quasi il 50% per entrambi i sessi. I valori raggiunti dalla probabilità di morte infantile, 8,2 per mille tra i maschi e 6,6 per mille tra le femmine, anche alla luce dell'esperienza di diversi paesi europei, fanno immaginare che esistano ancora ulteriori margini di miglioramento.

Leggermente mutata, seguendo un processo di lenta convergenza dei livelli regionali, la tradizionale geografia della mortalità, caratterizzata, all'inizio degli anni Ottanta, da un evidente primato delle regioni del centro e, in parte, del Mezzogiorno del paese: Emilia-Romagna, Marche, Umbria, Toscana, Lazio, ma anche Abruzzo, Basilicata, Calabria, tra i maschi, e ancora Marche, Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Liguria, ma anche Sardegna, tra le femmine. Per quanto riguarda il sesso maschile, in particolare, rispetto a una vita media a livello nazionale di 71 anni, la maggior parte delle regioni Italia settentrionale, insieme alla Campania, raggiungeva a stento, o superava di pochissimo, i 70 anni. Nel decennio 1983-93 i guadagni di sopravvivenza, soprattutto per i maschi, sono stati appannaggio prevalentemente delle regioni settentrionali con la sopravvivenza più bassa: nell'ordine, Trentino Alto-Adige, Veneto, Friuli, Lombardia e Piemonte. Più uniforme, invece, la distribuzione territoriale dei guadagni di sopravvivenza femminile.

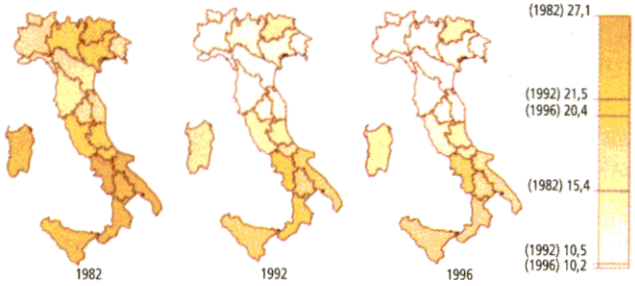
Come conseguenza, la geografia della sopravvivenza appare adesso meno variegata, anche per il sesso maschile. La vita media più alta si osserva ancora nelle Marche (75,6), in Umbria e Abruzzo (entrambe 75,1), Toscana (74,9), Puglia (74,8), Calabria ed Emilia-Romagna (entrambe 74,5). I valori di sopravvivenza più bassi si registrano in Lombardia (72,8) e Campania (73,0). Per le donne il primato spetta ancora a Marche (81,6), Trentino Alto-Adige (81,3), Toscana e Umbria (81,2), mentre agli ultimi posti, come peraltro dieci anni prima, troviamo Campania (78,9) e Sicilia (79,1).

Anche i guadagni realizzati nella speranza di vita a 65 anni riflettono approssimativamente la stessa dinamica territoriale osservata per la vita media, vale a dire incrementi più sostenuti nelle regioni settentrionali, ma non tanto da sconvolgere la graduatoria della sopravvivenza attesa, che vede al vertice le stesse regioni con la vita media più alta, sia per i maschi sia per le femmine.

Come conseguenza inevitabile delle dinamiche della fecondità e della mortalità e in presenza di una dinamica migratoria esterna ancora molto contenuta, almeno per avere effetti apprezzabili sulla struttura della popolazione, il processo di invecchiamento della popolazione prosegue con intensità crescente (Fig. 3).

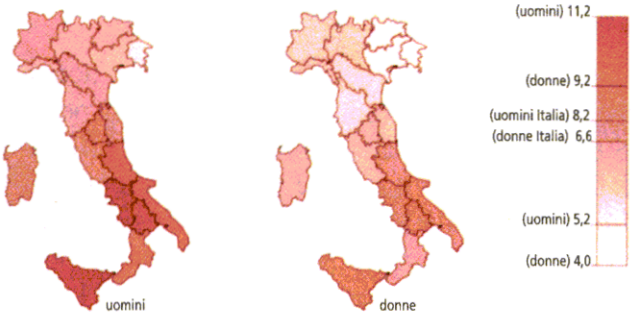
Fig. 3 il processo di invecchiamento della popolazione italiana

A percentuale di giovani di età inferiore a 15 anni



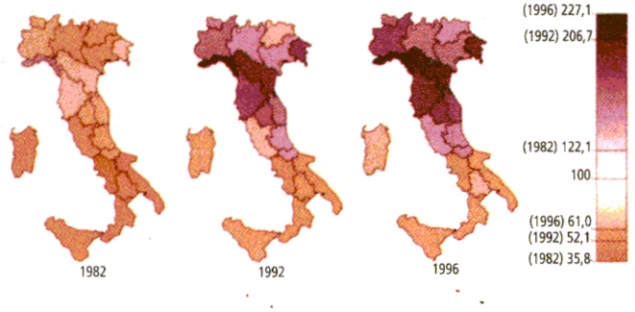
La quota di giovani sotto i quindici anni va progressivamente riducendosi: ormai non arriva al 15% della popolazione, mentre era superiore al 21% all'inizio degli anni '80.

B percentuale di anziani con almeno 65 anni di età



La quota di anziani va progressivamente aumentando: essa ha raggiunto il 16,8 % della popolazione mentre era il 13,2 % all'inizio degli anni '80.

C indice di vecchiaia



(*) punto di equilibrio: i giovani e gli anziani sono nello stesso numero

Nelle regioni centro-settentrionali il processo d'invecchiamento è più avanzato.
In Liguria si hanno 230 anziani ogni 100 giovani
In Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia e Toscana 180-200 anziani ogni 100 giovani.
In Umbria, Piemonte e Marche 150-180 anziani ogni 100 giovani.
Tutte le regioni del mezzogiorno si collocano ancora nettamente al di sotto della soglia di 100 anziani ogni 100 giovani, variando dai 61 della Campania (la regione più "giovane" d'Italia, seguita dalla Puglia), ai 90 della Basilicata.

La quota di giovani sotto i quindici anni va progressivamente riducendosi: ormai non arriva al 15%, mentre era superiore al 21% all'inizio degli anni '80. Gli anziani con almeno 65 anni invece sono quasi 17%: dunque l'indice di vecchiaia (il rapporto tra anziani e giovani) ha decisamente superato la «soglia psicologica» di 100 anziani ogni 100 giovani, ed è destinato a crescere ancora, pressochè inevitabilmente. La Liguria è la regione in cui il processo d'invecchiamento è più avanzato. Il numero di anziani ogni 100 giovani è effettivamente impressionante: quasi 230.

Va osservato che dall'inizio degli anni Ottanta ad oggi è pressochè raddoppiata la quota dei molto anziani, le persone con almeno 80 anni: essi sono ormai oltre il 4% della popolazione, una quota non più trascurabile. Com'è noto, a causa della più elevata sopravvivenza delle donne, il processo di invecchiamento è marcatamente più accentuato per la struttura della popolazione femminile che per quella maschile: l'indice di vecchiaia, infatti, che per la popolazione nel suo complesso arriva a 113, per le femmine è pari a 137. Quasi una donna su cinque (il 19,3%) ha almeno 65 anni, mentre quelle con almeno 80 anni superano ormai il 5% del totale.

2.4 LA MORTALITÀ GENERALE

Considerando la popolazione italiana nel suo complesso (donne e uomini, senza fare distinzione di età), la mortalità in Italia nel periodo di tempo che va dal 1980 al 1993 è andata diminuendo, per effetto di un grande decremento della mortalità infantile e di diminuzioni, più o meno accentuate, della mortalità dovuta ad alcune delle principali cause di morte. L'unica classe di età che ha perso il beneficio iniziato anche prima degli anni 80 è quella cosiddetta dei giovani adulti (25-44 anni), che come negli altri paesi industrializzati, sta risentendo pesantemente dell'epidemia di AIDS. I livelli di mortalità delle donne sono, spesso sensibilmente, più bassi di quelli degli uomini.

Di seguito sono presentati dati, peraltro assai sintetici, che descrivono gli andamenti e la geografia della mortalità in Italia, dal 1980 all'ultimo anno disponibile, il 1993.

Nella Fig. 4 vengono presentati i tassi di mortalità generale, nel periodo considerato, in tre grandi fasce di età: 0 anni (mortalità infantile), 25-44 anni (mortalità tra i giovani adulti) e tutte le età insieme.

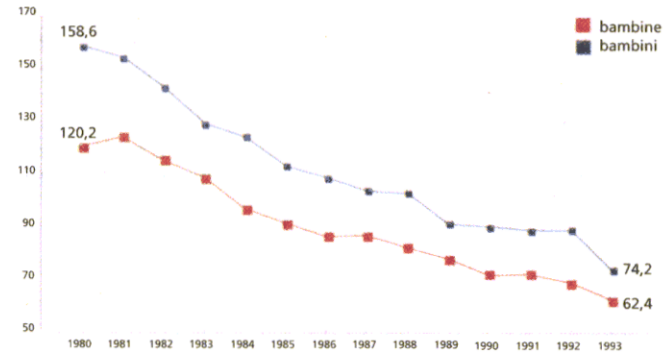
Tutti i tassi sono standardizzati rispetto alla popolazione italiana al Censimento 1981, sono riferiti a 10.000 persone e sono specifici per genere. Le Fig. 5 e 6 mostrano le distribuzioni geografiche regionali dei tassi di mortalità infantile e per tutte le età con i relativi decrementi dal 1980 al 1993.

2.5 LA MORTALITÀ PER CAUSA

Nella Fig. 7 sono riportati, per il 1980, 1990 e 1993, i numeri assoluti di morti ed i contributi percentuali per grandi gruppi di

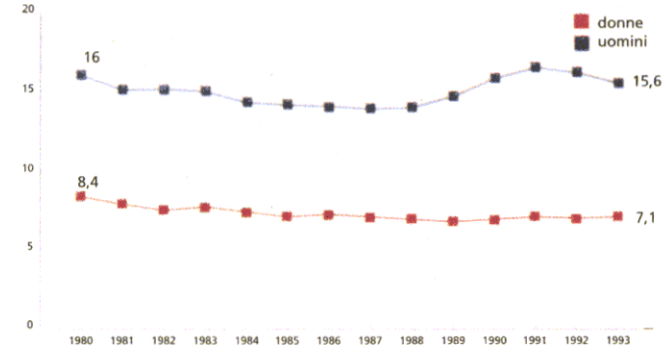
Fig. 4 mortalità totale, per varie classi di età

A Mortalità infantile, tassi per 10.000 nati vivi



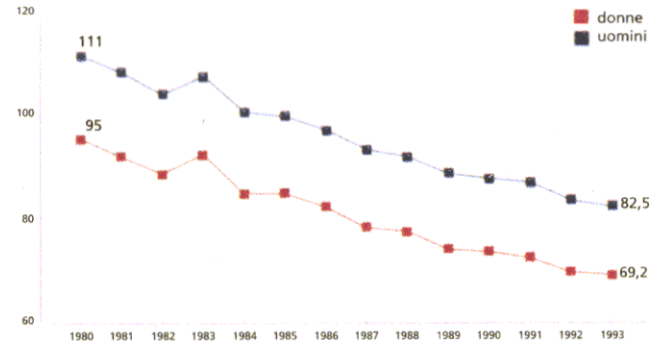
La mortalità infantile nel periodo 1980-1993 si è dimezzata, passando per i bambini da 158,6 per 10.000 nel 1980 a 74,2 nel 1993 e nelle bambine da 120,2 a 62,4.

B Mortalità fra i 25 ed i 44 anni di età, tassi per 10.000 abitanti



La mortalità degli uomini ha presentato un diminuzione costante dal 1980 al 1987 per subire poi aumenti che raggiungono il loro massimo nel 1991 mentre negli ultimi due anni si osserva una diminuzione. Anche tra le donne si osserva una diminuzione dal 1980 al 1989 ed una risalita fino al 1993. Questo andamento dipende dalla causa che più contribuisce alla mortalità in questa fascia di età, cioè l'AIDS.

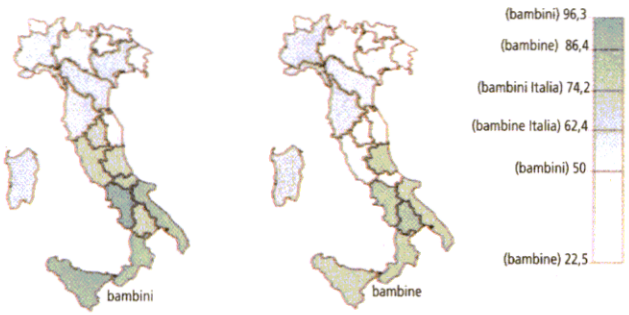
C Mortalità per tutte le età, tassi per 10.000 abitanti



Tra gli uomini di tutte le età, la mortalità generale ha subito un forte e costante decremento, passando da 111 per 10.000 nel 1980 a 82,5 nel 1993. Tra le donne il tasso è passato dal 95,1 del 1980 al 59,2.

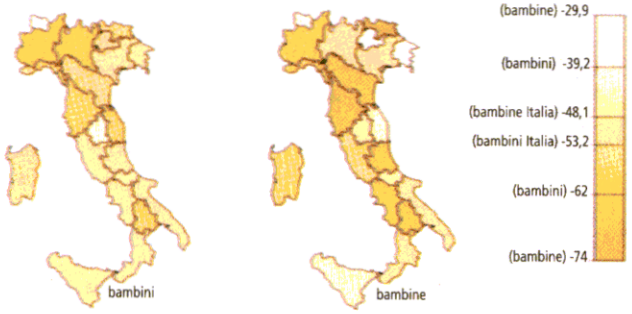
Fig. 5 distribuzione regionale della mortalità infantile

A mortalità infantile, per tutte le cause, tassi per 10.000 nati vivi (1993)



Le regioni del nord presentano valori generalmente più bassi. Nel 1993 i tassi più bassi si sono osservati in Valdaosta, Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia; valori più alti si riscontrano nel sud, dove spiccano i valori della Campania, Sicilia e Basilicata.

B decrementi di mortalità 1980-1993 in percentuale



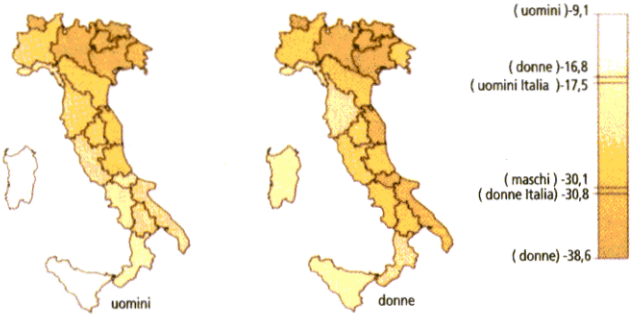
I decrementi sono abbastanza omogenei tra i maschi; mostrano differenze più accentuate le femmine.

Fig. 6 distribuzione regionale della mortalità per tutte le età

A mortalità per tutte le età e per tutte le cause, tassi per 10.000 abitanti (1993)

Tra gli uomini il tasso più alto si osserva in Campania ma le regioni del nord presentano tutte valori più alti del valore medio nazionale. Le regioni del centro e del sud sono invece tutte (ad eccezione appunto della Campania) al di sotto della media nazionale, con le situazioni più favorevoli presentate dalla Basilicata e dalle Marche. Per le donne non si osserva una chiara differenza tra le regioni del nord e del sud. I tassi più bassi si hanno a Trento, nelle Marche ed in Emila Romagna.

B decrementi di mortalità 1980-1993, in percentuale



Per gli uomini i decrementi maggiori della media nazionale sono stati osservati prevalentemente al nord; per le donne non si osserva un particolare andamento geografico.

Fig. 7

numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause e percentuale rispetto al totale dei decessi dal 1980 al 1993

A

grandi gruppi di cause	valori assoluti			valori percentuali		
	1980	1990	1993	1980	1990	1993
sistema circolatorio	263 834	233 921	240.696	47,9	43,2	43,8
tumori	122 884	147.869	153 945	22,3	27,3	28,0
apparato respiratorio	39 189	35 533	31 991	7,1	6,6	5,8
altre cause	35 650	36 303	33 681	6,5	6,7	6,1
apparato digerente	32 842	28 877	28 358	6,0	5,3	5,1
cause esterne, traum e avvelenamenti	31 105	28.711	27.852	5,6	5,3	5,1
sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	14 464	12 102	11 011	2,6	2,2	2,0
disturbi psichici e malattie del sistema nervoso	7 617	14 552	16 592	1,4	2,7	3,0
infettive e parassitarie	3 226	3 876	5 848	0,6	0,7	1,1
totale	550 811	541 744	549.974	100	100	100

Le malattie del sistema circolatorio, pur diminuendo il loro peso percentuale, rappresentano la principale causa di morte (oltre il 40% del totale dei decessi). Seguono i tumori che causano quasi il 30% dei decessi. Le altre cause forniscono un contributo decisamente inferiore; si registra un aumento solo tra le malattie infettive che passano da un peso dello 0,6% nel 1980 a ad un valore dell'1,1% nel 1993, e tra i distrurbi psichici (in cui si passa dall'1,4% del 1980 al 3,8% del 1993).

cause, considerando tutti i residenti in Italia (sia uomini che donne, di tutte le classi di età).

Procedendo più in dettaglio e considerando uomini e donne separatamente e la suddivisione per regioni di residenza, nella Fig. 8 sono indicati i tassi per le principali cause specifiche di morte.

Uomini: distribuzione geografica della mortalità specifica nel 1993: tumori

Quando si vanno a considerare i tassi di mortalità per alcuni dei più diffusi tumori, si osserva sempre un trend decrescente nord-sud, ma con alcune eccezioni.

Per il tumore al polmone i tassi più elevati si riscontrano nelle regioni settentrionali (Veneto 9,9 e Friuli V.G. 9,5) e quelli meno elevati al sud (Basilicata 4 e Molise 4,2), ma vi sono tassi superiori alla media nazionale che è 8, anche al centro (Lazio 8,4) ed al sud (Campania 8,4).

Il tumore allo stomaco mostra valori più alti della media nazionale (che è 2,3) sia al nord che al centro; i valori più elevati sono quelli relativi a Trento (3,3), alla Lombardia (3,2) ed alla Toscana (3,1). Al sud i valori sono tutti inferiori alla media nazionale ed il tasso minimo si osserva in Sardegna (1,3).

Infine presenta un andamento analogo il tumore del colon-retto con valori più elevati della media nazionale (2,9) sia al nord che al centro; Trento presenta il tasso più alto (3,7) ma va considerato anche il valore delle Marche (3,3). Al sud tutti i valori sono al di sotto della media nazionale, con il tasso più basso osservato in Sicilia (2).

Malattie del sistema circolatorio

Un andamento uniforme si osserva per gli accidenti cerebrovascolari; la media nazionale è 8,4; i valori più alti si osservano in Piemonte (9,5), in Umbria (10,4) ed in Sicilia (11,2) e Campania (11,1).11 tasso con il valore più basso è quello di Trento (5,6).

Ancora piuttosto uniforme è la distribuzione per la mortalità dovuta ad infarto del miocardio; la media nazionale è 7; i valori più elevati si osservano a Bolzano (9,5), in Umbria (7,5) ed in Campania (7,9). La situazione più favorevole è quella della Valdaosta (5,3).

Malattie del l'apparato respiratorio

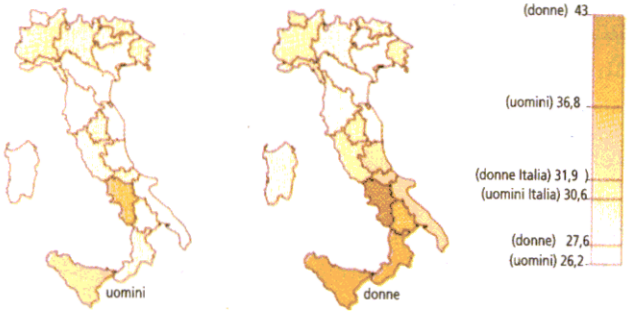
Queste patologie presentano un tasso nazionale di 5,4; le regioni centrali ed alcune settentrionali presentano valori sistematicamente più bassi (Emilia Romagna 4,2, Marche 4,4); le situazioni più sfavorevoli si osservano in Campania (6,9), in Valdaosta (6,8) ed in Sicilia (6,8) e Sardegna (6,7).

Fig. 8 distribuzione regionale della mortalità per le principali cause di morte, per tutte le età (1993)

A tumori, tassi per 10.000 abitanti

Negli uomini vi è un chiaro trend geografico decrescente nord-centro-sud: le regioni del nord presentano tutte valori al di sopra del tasso nazionale. Le regioni centrali sono allineate alla media nazionale, mentre quelle del sud mostrano valori inferiori. Anche tra le donne si osserva lo stesso trend geografico.

B malattie del sistema circolatorio, tassi per 10.000 abitanti



Negli uomini queste patologie sono distribuite piuttosto uniformemente in tutte le regioni d'Italia: rispetto al valore medio nazionale, si osservano valori più alti al nord (Piemonte) al centro (Umbria) ed al sud, dove peraltro si osservano i valori più alti in assoluto (Campania e Sicilia). Per le donne del sud queste patologie rappresentano una causa di morte di grande importanza. Tutte le regioni del sud sono al di sopra della media nazionale con due punte di rilievo in Campania ed in Sicilia.

Malattie dell'apparato digerente

Rispetto al tasso nazionale del 4,7, si rileva una situazione particolarmente favorevole nelle regioni centrali (valori più bassi osservati nelle Marche, 3,2 ed in Toscana 3,4); i valori più alti sono osservati sia al nord (Valdaosta 6,7) che al sud (Campania 6,9).

Esattamente lo stesso andamento ha la principale di tali malattie, la cirrosi epatica (tasso di mortalità nazionale 2,8), con il valore più basso nelle Marche (1,6) ed i più alti in Valdaosta (4,9) e Campania (4,8).

Malattie dell'apparato genito-urinario

Presentano un tasso nazionale di 1 che corrisponde ad una distribuzione che non presenta un trend geografico; i valori più alti vi sono sia al nord (Liguria 1,2) che al centro –sud (Molise 1,1, Sicilia che presenta il valore più alto, 1,3). Le situazioni più favorevoli si osservano in Basilicata (0,7) ed in Piemonte (0,8).

Stati morbosi mal definiti

Presentano una media nazionale di 1,2, al di sopra della quale si collocano solo la Liguria, con un valore quasi doppio (2,2), la Campania (1,2), la Sicilia (1,9), la Valdaosta (1,9) ed il Piemonte (1,3). Il tasso meno elevato è quello di Bolzano (0,7).

Aids

Essendo questa causa di morte concentrata nella fascia di età dei giovani adulti (25-44 anni), quando si considerano i tassi di mortalità riferiti al complesso della popolazione essi subiscono un effetto di «diluizione», tuttavia si ritrovano al di sopra del tasso nazionale che è di 1 per 10.000, le regioni in cui l'AIDS è la prima causa di morte tra i giovani adulti: Lombardia (1,9), Liguria (1,9), Emilia-Romagna (1,4), Lazio (1,4) e Sardegna (1,7). La regione in cui la mortalità per AIDS è più bassa è il Molise (0,1).

Donne: distribuzione geografica della mortalità specifica nel 1993: tumori

La mortalità per tumore al seno, il cui tasso medio nazionale è 3,4, presenta i valori più elevati al nord (Valdaosta 5,2 e Lombardia 4,1) e quelli più bassi al sud (Basilicata 2,1, Calabria 2,4) ed al centro (Umbria 2,7).

Il tumore dell'utero mostra invece un trend contrario; rispetto ad un tasso italiano di 0,9, i valori più alti si osservano al sud (Sicilia 1,2, Campania 1,1, Puglia 1); i valori del nord e del centro sono tutti al di sotto della media nazionale, ad eccezione di Piemonte (1,1), Bolzano (1) e Lazio (0,9).

Per il tumore al polmone i valori più elevati si riscontrano nelle regioni settentrionali (Friuli V.G. 2,1, Emilia-Romagna 1,7); tutte le regioni del sud presentano tassi inferiori a quello nazionale, che è di 1,4; peraltro il valore in assoluto più basso si osserva in Valdaosta (0,3).

Il tumore allo stomaco mostra valori più alti della media nazionale (che è 1,5 sia al nord che al centro; i valori più elevati sono quelli relativi alla Toscana (2), alle Marche (2) ed all'Emilia Romagna (1,9); al sud i valori sono tutti inferiori alla media nazionale ed il tasso minimo si osserva in Puglia (0,9).

Infine presenta un andamento analogo il tumore del colon-retto con valori più elevati della media nazionale (2,5) sia al nord che al centro; la Lombardia presenta il tasso più alto (2,8) ma vi sono anche i valori della Toscana (2,8) e del Lazio (2,7). Al sud tutti i valori sono al di sotto della media nazionale, con il tasso più basso osservato in Calabria (1,6).

Malattie del sistema circolatorio

Il tasso nazionale per gli accidenti cerebrovascolari è 10,6; i valori più alti si osservano nelle regioni meridionali: Sicilia (16,3), Campania (15,9) e Calabria (14); i valori più bassi si osservano a Trento (6,7) ed in Veneto (7,5); le regioni centrali oscillano intorno alla media nazionale.

La mortalità dovuta ad infarto del miocardio presenta invece valori oltre la media nazionale (4,1) al nord, con il valore più alto a Bolzano (5,4); al centro ed al sud si osservano i valori più bassi: Toscana (3,3), Marche (3,3) e Calabria (3,3).

Malattie dell'apparato respiratorio

Presentano un tasso nazionale di 3; le regioni centrali e settentrionali presentano complessivamente i valori più bassi; la maggior parte delle regioni meridionali presentano valori superiori alla media nazionale; il valore più alto si osserva in Sicilia (3,8) e quello più basso in Valdaosta (2,3).

Malattie dell'apparato digerente

Presentano valori più bassi della media nazionale (3,4) nelle regioni centrali; il valore più basso si registra nelle Marche (2,3); i valori più alti si riscontrano al sud, dove è da rilevare il 5,8 della Campania.

La principale di tali malattie, la cirrosi epatica (tasso di mortalità nazionale 1,7) presenta valori più alti al sud (spicca il 4 della Campania) e più bassi nel centro-nord (Marche 0,8 e Valdaosta 0,7).

Malattie dell'apparato genito-urinario

Presentano un tasso nazionale di 0,8 che corrisponde ad una distribuzione che presenta un trend geografico nord-sud; il valore

più basso si osserva a Trento (0,6) i più alti in Sicilia (1,2) ed in Molise (1,2).

Stati morbosi mal definiti

Presentano una media nazionale di 1,5; non si osserva un chiaro trend geografico; i valori più elevati sono in Sicilia (3,3) e Calabria (2,2).11 tasso meno elevato è quello di Bolzano (0,8).

Aids

Per quanto riguarda l'AIDS vale la stessa considerazione sulla diluizione nel complesso delle età fatta per gli uomini; tuttavia si ritrovano al di sopra del tasso nazionale che è di 0,2 per 10.000, le regioni in cui l'AIDS è la prima causa di morte tra le giovani donne: Lombardia (O,5), Liguria (0,6), Emilia-Romagna (0,4), Lazio (0.37) e Sardegna (0,4). La regione in cui la mortalità per AIDS è più bassa è la Calabria.

2.6 GLI EVENTI EVITABILI

L'efficienza di un sistema sanitario nazionale è legata alle modalità di funzionamento e di gestione, la qualità del prodotto si esprime attraverso il beneficio che ne ricava la popolazione. Poichè non è semplice definire e misurare indicatori validi e riproducibili che descrivano lo stato di salute della popolazione, si ricorre anche a indicatori indiretti, che misurino la frequenza di eventi che teoricamente sarebbero evitabili tramite le azioni proprie della sanità e delle medicina quali la prevenzione primaria, la diagnosi e la terapia, l'igiene e l'assistenza sanitaria. Naturalmente gli eventi «evitabili» non potranno mai ridursi a zero ma è importante misurarne il numero e l'andamento nel corso del tempo per verificare se e quanto il sistema sanitario è in grado di prevenirli.

Sono considerati eventi «evitabili»:

le malattie infettive;

la mortalità evitabile (morti precoci per una lista selezionata di cause;

la mortalità per cause accidentali e violente.

Malattie infettive

Agenti infettivi hanno causato sempre nella storia malattie e morte al genere umano: le malattie infettive oggi costituiscono la prima causa di morte nel mondo e purtroppo la generazione corrente non riuscirà a vedere sostanziose modifiche di questo primato.

Fino a 5O anni or sono anche nel nostro Paese sono state la prima causa di morte e sebbene l'avvento di antibiotici e vaccini abbia ridotto sostanzialmente il loro peso, la recente epidemia di AIDS ci ricorda

drammaticamente che la minaccia microbica e virale persiste nel nostro Paese. L'emergenza di nuove infezioni ed il riapparire di malattie che si riteneva ormai scomparse sono eventi frequenti: non vi è anno che non venga scoperta una nuova infezione per l'uomo o che non siano identificati nuovi agenti infettivi.

I motivi di questa dinamica evoluzione delle infezioni sono di tre ordini: biologico, ambientale e sociale.

Gli agenti infettivi, per la loro sopravvivenza, si adattano continuamente a nuove nicchie biologiche, quindi si presentano alla patologia umana infezioni fino ad ieri confinate ad altri settori ecologici: è il caso delle infezioni acquisite in ospedale, di microrganismi che acquisiscono resistenze ai farmaci.

L'ambiente influenza drasticamente l'ecologia microbica: l'inquinamento delle acque ne è un esempio eclatante: da questo hanno impulso le infezioni a trasmissione oro-fecale, spesso potenziate da concentratori biologici, quali i frutti di mare.

È tuttavia il complesso di fattori sociali che rappresenta, per il nostro Paese, il coacervo più rilevante di rischi infettivi: l'AIDS e le malattie a trasmissione sessuale ne rappresentano un esempio; le migrazioni di popolazioni da zone endemiche al nostro Paese possono costituire un altro fattore di rischio per la comparsa di inattese malattie infettive in Italia. Infine va segnalato il superamento della visione delle infezioni come evento acuto: ormai si è raggiunta evidenza definitiva dell'associazione tra alcune malattie croniche ed agenti infettanti.

È il caso del Helicobacter Pilori definitivamente associato ad ulcera peptica e quindi al cancro dello stomaco, dei papovavirus associati al cancro cervicale, di alcuni virus associati a malattie linfatiche e leucemogene. Tuttavia è possibile anche nel nostro Paese, ridurre considerevolmente la mortalità e la morbosità ed anche essere pronti con diligenza e competenza ad affrontare rischi futuri.

Per ottenere questo obiettivo bisogna affrontare quattro problemi:

1) il livello generale di conoscenza sugli agenti infettivi emergenti deve essere elevato;

2) la sorveglianza nazionale ed internazionale delle malattie infettive deve essere mantenuta e rinforzata;

3) il gap scientifico nelle conoscenze su molte infezioni deve essere affrontato con adeguate ricerche applicate;

4) la risposta alle malattie infettive emergenti sia nel nostro Paese che all'estero necessita più aggressività e tempestività.

Le malattie infettive in Italia

A partire dalla seconda metà degli anni '80 sono stati raggiunti in Italia alcuni significativi risultati sul piano della sanità pubblica per quanto riguarda la prevenzione e il controllo delle malattie infettive.

Prendendo in considerazione alcune malattie trasmissibili oggetto di programmi di vaccinazione, si evidenzia che l'Italia è libera da poliomielite dal 1984; a partire da quell'anno, infatti, non sono stati registrati

casi indigeni di polio paralitica da poliovirus selvaggio e non è stata riscontrata circolazione ambientale di poliovirus selvaggio.

Anche la difterite è stata praticamente eliminata; dal 1990 in poi sono stati osservati soltanto rarissimi casi sporadici, talvolta di importazione come quello occorso a Roma nel mese di dicembre 1993. Complessivamente, nel periodo 1990-95 sono stati registrati in Italia 4 casi di difterite, tra cui uno più correttamente classificabile come «pseudodifterite» perchè dovuto ad un ceppo di C. diphtheriae non produttore di tossina.

Il tetano, per cui la vaccinazione dei nuovi nati è obbligatoria da circa trenta anni, è diventata una malattia di infrequente osservazione; da molti anni non si osservano più casi di tetano neonatale e infantile, ma soltanto casi di tetano tra soggetti adulti o anziani, per lo più di sesso femminile, non vaccinati o incompletamente vaccinati contro questa malattia.

Attualmente vengono registrati in media un centinaio di casi di tetano ogni anno; nel corso degli ultimi anni è stato osservato un aumento delle notifiche di casi di tetano, che sono passate dalle 88 del 1991 alle 136 del 1995. Le inchieste epidemiologiche hanno confermato, in oltre il 97% dei casi, l'assenza di una vaccinazione antitetanica nei soggetti colpiti. Le altre malattie oggetto di programmi di vaccinazioni facoltative, morbillo, rosolia, parotite, pertosse sono ancora presenti nella popolazione infantile in forma endemica con cicliche fasi epidemiche, a causa degli ancora scarsi livelli di copertura vaccinale tra la popolazione bersaglio. Le coperture vaccinali nei confronti della pertosse sono ancora molto basse sul territorio nazionale, raggiungendo una media del 40-50%; in alcune regione del centro e del nord Italia che da tempo attuano campagne di offerta attiva del vaccino antipertosse in associazione con il DT, le coperture vaccinali raggiungono anche l'80-90%.

Nel complesso, l'epidemiologia della pertosse in Italia è stata scarsamente influenzata dalla vaccinazione, proprio per il mancato raggiungimento di tassi di copertura vaccinale accettabili (80%), per cui vengono ancora notificati una media di 14.000 casi all'anno, con picchi epidemici di 2030.000 casi.

Il morbillo, come la pertosse, può presentare una serie di complicanze, di cui le più temibili sono neurologiche, che hanno portato l'O.M.S. a raccomandare l'introduzione della vaccinazione antimorbillosa nei programmi di vaccinazione per l'infanzia e a fissare, come uno degli obiettivi del Programma Esteso di vaccinazione e del Piano «Salute per tutti nell'anno 2000», la riduzione dell'incidenza del morbillo al di sotto di 1 caso per 100.000 abitanti e l'eliminazione della mortalità da morbillo. Le coperture vaccinali nei confronti del morbillo sono ancora piuttosto basse in Italia, con una media del 50% sul territorio nazionale e punte dell'80-90% in alcune Regioni che attuano campagne di vaccinazioni di massa. In conseguenza di questi bassi tassi di copertura vaccinale, vengono ancora notificati annualmente una media di 32.000 casi di morbillo (periodo 1986-95), con picchi epidemici di 90.000 casi.

Analoghe considerazioni valgono per la parotite e la rosolia, di cui sono stati notificati, nello stesso periodo una media di 46.000 casi e di 22.000 casi rispettivamente.

Per quanto riguarda l'epatite virale B, altra malattia per la quale è prevista la vaccinazione obbligatoria per i nuovi nati e gli adolescenti dal 1991 e raccomandata e gratuita per le persone appartenenti a categorie a rischio dal 1986, viene osservato un lento e costante decremento a partire dal 1993, sia per il miglioramento delle condizioni di vita in generale, che per l'attuazione di specifici programmi di vaccinazione e di controllo delle donazioni di sangue.

Indagini sieroepidemiologiche effettuate nel corso degli anni '70 e '80 avevano messo in evidenza una prevalenza media sul territorio nazionale di portatori cronici del virus dell'epatite B pari al 2,5%, con picchi del 56% nelle regioni del centro sud ed in alcune aree urbane densamente popolate sia del sud che del centro e del nord dell'Italia.

I casi di epatite B notificati nel 1995 sono stati 2.553 rispetto ai 2.733 del 1994 e ai 3.344 del 1993.

Dopo l'introduzione della vaccinazione di massa contro l'epatite B, l'incidenza delle malattie nella popolazione generale è diminuita complessivamente del 15,4% rispetto al periodo 1988-91.

Diminuzioni ancora più marcate sono state osservate per le classi di età 0-14 anni (- 31,6%) e 15-24 anni (-17,8%). La classe di età 15-24 anni rimane sempre la più colpita in assoluto, tanto nel nord Italia che al centro e al sud.

Il totale cumulativo del numero dei casi di AIDS, notificati al centro Operativo AIDS del Ministero della Sanità fino al 30 giugno 1996 è 34.741; nel 79% dei casi i malati di AIDS sono di sesso maschile, mentre i casi di AIDS in età pediatrica sono pari all'1,8% del totale. Il tasso di incidenza di AIDS in Italia, calcolato per l'anno 1995, è pari a 10 casi per 100.000 abitanti. L'età media dei pazienti di AIDS è di 32 anni per il sesso maschile, e 30 anni per le femmine; circa il 60% dei casi riguarda popolazione di età fra i 25 ed i 34 anni.

Nella Fig. 9 è riportata la distribuzione dei casi di AIDS per anno di diagnosi e per alcune Regioni maggiormente colpite.

Come in altri paesi industrializzati, anche in Italia è stato osservato, a partire dai primi anni novanta, un moderato incremento del numero dei casi di tubercolosi, in parte legato alla epidemia di AIDS, in parte dovuto a modificazioni del tessuto sociale.

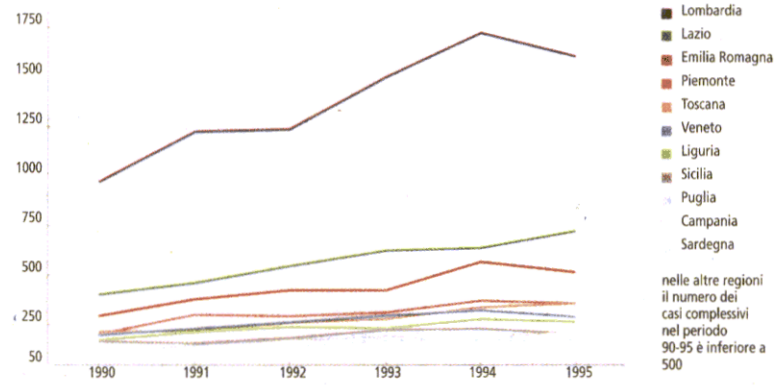
La più bassa morbosità per tubercolosi in Italia è stata osservata nel 1983 (4,9 casi per 100.000 abitanti); da allora in poi l'incidenza della tubercolosi è aumentata di una media del 6,7% per anno fino al 1992. Nel 1994, le Regioni hanno notificato al Ministero della Sanità 5.279 casi di TBC, con un aumento del 6% rispetto al 1993.

I dati riferiti al 1995, ancora provvisori, portano a 4.724 i casi di tubercolosi notificati al Ministero della Sanità, di cui 3.577 polmonare, 1.136 extra-polmonare ed 11 forme miste.

Negli ultimi anni, il maggior numero di casi di TBC è stato notificato dalle regioni dell'Italia settentrionale, con morbosità oscillante da 10 a 20 casi per 100.000 abitanti.

Fig. 9 l'AIDS in Italia

A distribuzione dei casi di AIDS nelle regioni più colpite



La Lombardia, il Lazio e l'Emilia Romagna sono le regioni più colpite dalla malattia, presentando circa la metà di tutti i casi finora diagnosticati.

La morbosità in Italia centrale e in Sardegna è stata compresa tra 6 e 9 casi per 100.000 abitanti; il minor numero di casi è stato notificato dalle regioni meridionali con morbosità inferiore a 5 per 100.000.

Le forme di tubercolosi extra-polmonari sono aumentate maggiormente rispetto a quelle polmonari, e sono in aumento anche le forme di microbatteriosi atipiche, fenomeni, questi ultimi, legati alla frequenza delle infezioni tubercolari in soggetti con AIDS.

I casi di tubercolosi in pazienti affetti da AIDS, dal 1983 fino al 1995, sono stati complessivamente 1.559, di cui 505 di tubercolosi polmonare, e 1.054 di tubercolosi extra-polmonare. C'è una sostanziale sovrapposizione delle distribuzioni per sesso ed età di TBC ed AIDS nelle classi di età più giovani. Circa i 2/3 dei pazienti di TBC sono di sesso maschile; la distribuzione per età mette in evidenza una maggiore incidenza di TBC nelle classi di età 25-39 anni e 60-75 anni negli uomini e 20-35 anni e 60-80 per le donne; la TBC infantile e giovanile è molto rara.

La distribuzione per nazionalità mostra che la TBC, sia in forma polmonare che extra-polmonare, ha colpito in oltre l'89% dei casi cittadini italiani e nel 9% dei casi cittadini stranieri: tra questi ultimi, il 58% circa era rappresentato da Africani, il 15% da Asiatici, l'11% da Europei extra-comunitari e il 10% da Sud-Americani.

Per quanto riguarda le malattie a trasmissione oro-fecale, i casi di febbre tifoide sono in netta e progressiva diminuzione; la morbosità è stata pari a 1,9 per 100.000 abitanti nel 1994, con una diminuzione di circa il 50% rispetto al 1985; la febbre tifoide rimane ancora più frequente nell'Italia meridionale e nelle isole rispetto alle regioni dell'Italia centrale e settentrionale.

Anche l'epatite A è in diminuzione, pur osservandosi sporadiche manifestazioni epidemiche, dovute in gran parte anche ad abitudini alimentari, quali quelle di consumare frutti di mare o pesce crudo, particolarmente frequenti in alcune regioni meridionali.

Notevole, sotto questo punto di vista, l'epidemia osservata in Puglia nel- l'anno 1992: i 1.539 casi notificati dalla Puglia nel 1992 rappresentano, da soli, il 38% dei casi di epatite virale A notificati nell'anno (3.531) da parte di tutte le regioni italiane; negli ultimi mesi è stata osservata una riaccensione epidemica della malattia nella regione Puglia, a dimostrazione del perdurare di abitudini alimentari a rischio da parte della popolazione e della precarietà delle condizioni igieniche e ambientali.

Le particolari abitudini alimentari possono essere invocate a spiegazione dell'episodio di colera osservato in Puglia sul finire del 1994: 12 casi di colera autoctoni sono stati registrati in quella regione tra il mese di ottobre e il mese di dicembre 1994; in oltre il 90% dei casi l'infezione è stata messa in relazione con il consumo di pesce e/o frutti di mare crudi. Un caso di colera, questa volta importato da El Salvador, è stato registrato nel gennaio 1995.

Come in altri Paesi europei, è stato osservato, a partire dalla seconda metà degli anni ottanta, un aumento dei casi di salmonellosi minori, per lo più dovuti a Salmonella del gruppo D ed a Salmonella enteritidis

in particolare, e legati al consumo di prodotti alimentari a base di uova crude. Dopo il picco osservato nel 1992 (23.348 casi), tuttavia, il numero di casi di salmonellosi è andato progressivamente diminuendo, passando a 20.348 nel 1993, a 21.350 e ad 11.746 (dati provvisori) casi nel 1995. La brucellosi rimane ancora un problema di sanità pubblica, particolarmente nelle Regioni meridionali ed in quelle maggiormente dedite a pastorizia ed allevamento. Mostrano infatti tendenza all'aumento di casi di brucellosi umano, che sono passati dai 1.119 del 1993 ai 1.314 del 1994 e ai 1.373 (dati provvisori) del 1995.

La mortalità evitabile

Nel lavoro «Tendenze della mortalità evitabile» contenuto nel «Rapporto sulla salute in Europa» (Ediesse, Roma, 1995) sono state considerate «evitabili» le morti tra 5 e 64 anni dovute a tre gruppi di cause. Il primo gruppo è denominato «Prevenzione Primaria»; in esso rientrano sette cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenire le malattie. Vi rientrano infatti le patologie più strettamente legate al fumo (quali tumori delle vie aeree, del polmone e della vescica, disturbi circolatori dell'encefalo) all'alcool (in particolare la cirrosi) e le morti violente, che sono prevalentemente rappresentate dagli incidenti stradali. Esso è costituito da:

1. tumori maligni delle prime vie aereo-digestive
2. tumori maligni del fegato
3. tumori maligni del polmone
4. tumori maligni della vescica
5. disturbi circolatori dell'encefalo
6. cirrosi epatica
7. morti violente.

Il secondo gruppo è denominato «Diagnosi Precoce e Terapia» ed è costituto sostanzialmente da tumori che colpiscono le donne (mammella e collo dell'utero) e che possono essere evitati con appropriati programmi di diagnosi e terapia precoci. Sono anche considerate le patologie che colpiscono entrambi i generi o solo gli uomini, quali la malattia di Hodgkin ed il tumore del testicolo, la cui mortalità può essere fortemente ridotta con una terapia precoce adeguata. Il gruppo è formato da:

1. tumore della pelle
2. tumore della mammella
3. tumore del collo dell'utero
4. tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione
5. tumore del testicolo
6. malattia di Hodgkin.

Infine il terzo gruppo, denominato «Igiene ed Assistenza Sanitaria» comprende un gruppo più eterogeneo di 14 malattie. Per quanto riguarda le malattie infettive (le più rilevanti sono le malattie infettive intestinali,

le epatiti virali e la tubercolosi) esse possono essere evitate mediante provvedimenti igienici, di interventi di prevenzione (vaccinazioni) ed adeguata assistenza. Vi sono poi alcune cause di morte che sono quelle a cui più si addice il termine «evitabile», quali l'ulcera gastrica, l'appendicite, l'ernia, la mortalità materna, che sono tipici indicatori di . malfunzionamento del sistema sanitario: diagnosi non tempestiva, ritardi nel trasporto in ospedale o nel tempo di ricovero, intervento ecc. Esse sono:

1. malattie infettive nel complesso
2. leucemie
3. cardiopatie reumatiche croniche
4. ipertensione
5. malattie ischemiche del cuore
6. polmoniti, bronchiti, malattie respiratorie acute
7. ulcera gastrica
8. appendicite
9. ernia addominale
10. colecistite acuta e cronica
11. mortalità materna
12. malformazioni congenite cardiache

Nella Fig.10-A sono riportati, per uomini e donne, il tasso di decessi «evitabili» nei tre gruppi nei trienni 80-82 e 90-92.

In Italia la mortalità evitabile nel suo complesso è diminuita, in dieci anni, sia per gli uomini (-19%) che per le donne (-25%). In termini assoluti, si è passati da 173.427 decessi del triennio 1980-82 a 148.637 decessi nel triennio 1990-92. Per le donne, nello stesso intervallo di tempo si è passati da 73.669 a 60.663 decessi.

Confronto europeo

La Fig.10-B mostra il confronto fra i tassi (tassi per 10.000 persone anno standardizzati sulla popolazione Europea) dell'Italia con quelli delle principali aree Europee.

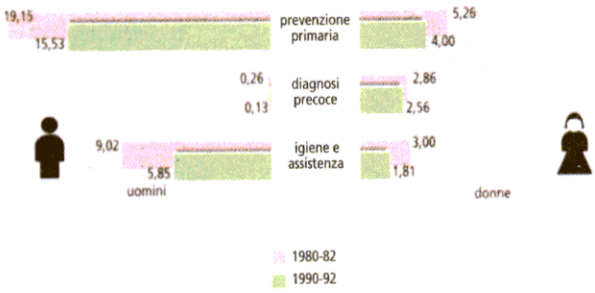
Come si può osservare la mortalità evitabile in Italia presenta nel triennio 90-92 tassi inferiori ed in alcuni casi notevolmente inferiori a quelli medi europei o di raggruppamenti per area geografica di altri paesi europei.

Confronti regionali

La Fig.11-A e B riporta i tassi di mortalità evitabile registrati nel triennio 1990/92 per regione e province autonome e le variazioni dei tassi attuali rispetto ai valori del triennio 1980/82. Per gli uomini (Fig.11-A) tale diminuzione presenta un trend geografico nord-sud ben delineato: le diminuzioni più importanti si hanno al nord; al centro si hanno valori allineati alla media italiana, mentre al sud si riscontrano i guadagni minori. Occorre però rilevare che le regioni del nord partivano

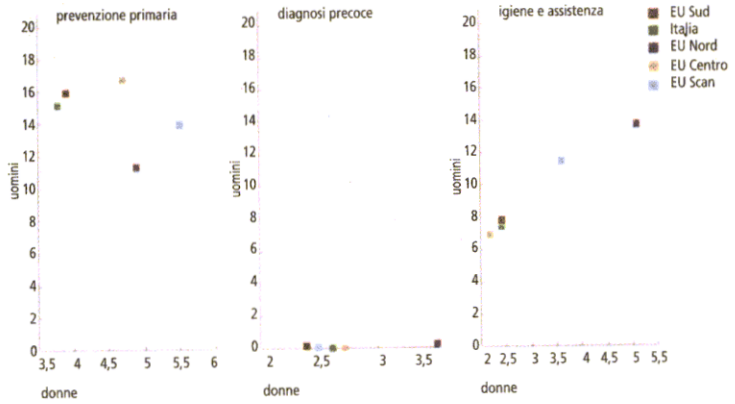
Fig. 10 mortalità totale, per varie classi di età

A decessi fra i 5 ed i 64 anni secondo tre gruppi di cause: tassi per 10.000 abitanti



Nel primo gruppo di cause la mortalità è diminuita in 10 anni del 18,9% negli uomini e del 24% nelle donne.
Nel secondo gruppo il tasso, a livello nazionale, è diminuito del 10% in 10 anni nelle donne e si è dimezzato negli uomini.
Nel terzo gruppo la mortalità associata a queste cause è diminuita del 35% negli uomini e del 40% nelle donne .

B a confronto con l'Europa - tassi per 10.000 abitanti, triennio 90-92

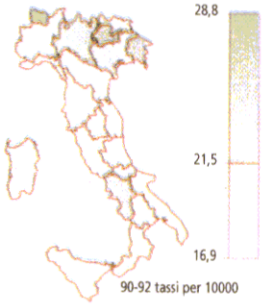


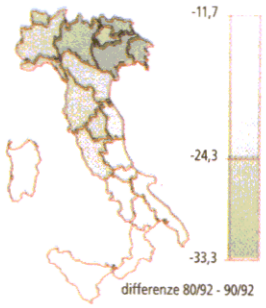
Nel primo gruppo di cause per gli uomini il tasso italiano è in linea con il valore medio Europeo ma è più alto di quello dei paesi del Nord Europa.
Per le donne, invece si registra il valore più basso in assoluto rispetto ai valore medio Europeo e a quello dei paesi del Nord Europa. Nel secondo gruppo di cause il tasso, sia per gli uomini che per le donne, è praticamente allineato a quello medio Europeo. Nel terzo gruppo si registrano i valori più bassi rispetto a tutte le aree geografiche europee.

distribuzione regionale della mortalità evitabile, tassi per 10.000 abitanti

Fig. 11

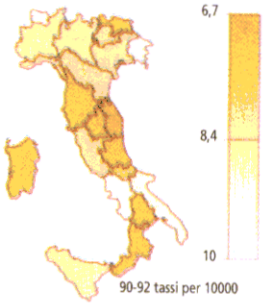
A tassi di mortalità evitabile per tutti i tre gruppi di cause tra 5 e 64 anni - uomini

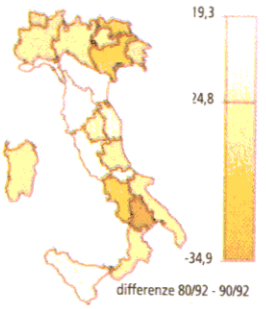




Nel triennio 1990/92 il tasso per mortalità evitabile negli uomini presenta un valore medio di 21,5 per 10.000 abitanti, con massimi in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia,Trento.Rispetto al triennio 80/82 i tassi di mortalità evitabile diminuiscono in tutto il Paese. La diminuzione maggiore è al nord, al centro si hanno valori allineati alla media italiana e al sud si riscontrano le variazioni minori. L'attuale differenza tra i tassi di mortalità evitabile tra nord e sud è meno accentuata che in passato.

B tassi di mortalità evitabile per tutti i tre gruppi cause tra 5 e 64 anni - donne





Nel triennio 1990/92 il tasso per mortalità evitabile nelle donne presenta un valore medio di 8,36 con massimi in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Campania.
Rispetto al triennio 80/82 i tassi di mortalità evitabile diminuiscono in tutto il Paese (-24,8% in media).
La diminuzione maggiore è in Basilicata, Veneto, Campania.

da valori più alti, e che ora la differenza tra i tassi di mortalità evitabile tra nord e sud è meno accentuata di quanto fosse nel 1980/82. Tra le donne (Fig.1 1-B) la riduzione maggiore si è avuta in Basilicata, mentre quelle minori si sono presentate al nord (Emilia Romagna) ed al centro (Toscana). Considerando i valori dei tassi di mortalità, in entrambi i trienni, si osserva che tra le donne si mantiene una maggiore omogeneità geografica rispetto a quanto avviene tra gli uomini.

Mortalità evitabile nel primo gruppo di cause (prevenibili con prevenzione primaria)

La patologia che ha mostrato la riduzione maggiore è la cirrosi epatica (variazione –42%, da 3,5 a 2,2), seguita dai disturbi circolatori dell'encefalo (variazione –39,2%, da 2,7 ad 1,6); la riduzione più bassa si è osservata per i tumori maligni dell'encefalo (-9,3%, da 4,6 a 4,2). Il tumore del fegato è la sola causa ad aver registrato un aumento: da 0,7 a 0,9 (variazione del 20,8%).

Le regioni in cui si osserva la diminuzione più accentuata sono quelle del nord (Veneto e Friuli –29,8%, Lombardia –28,4%); le regioni centrali presentano decrementi in linea con la media nazionale, mentre le regioni con diminuzioni meno sensibili sono situate al sud: il minor decremento si osserva in Sicilia (-1,7%).

Per le donne la diminuzione è stata notevole, di quasi un quarto (24%, da un tasso di 5,3 a 4), con un maggior apporto da parte dei disturbi circolatori dell'encefalo (variazione –39,4%, da 1,60 a 1) e della cirrosi epatica (variazione –33%, da 1,1 a 0,7); è da osservare che vi è una sola causa che registra un aumento: il tumore del polmone, che passa da 0,49 per 10.000 a 0,54, con un aumento del 10,2%.

Tra le donne, al contrario che tra gli uomini, le diminuzioni più pronunciate si osservano nelle regioni meridionali (Basilicata –42,2%, Abruzzo –34,9%, Campania –32,9%, Sardegna –32,8%), mentre la riduzione meno importante si osserva appunto in una regione settentrionale, la Liguria (-12,5%).

Mortalità evitabile nel secondo gruppo di cause (prevenibili con diagnosi precoce e terapia)

Le cause che formano questo gruppo sono prevalentemente tipiche delle donne e pertanto i tassi standardizzati di mortalità per gli uomini risultano piuttosto bassi; comunque, tra gli uomini si è osservato un dimezzamento, da 0,26 a 0,13; esso è dovuto alle diminuzioni del tumore del testicolo, della malattia di Hodgkin e dei tumori della pelle.

Non emerge con chiarezza un trend geografico di variazione: le diminuzioni più consistenti si osservano sia al nord (-70,3% in Liguria, a parte il –100% della Valdaosta, che è però riferito al passaggio da 2 decessi ad uno), sia al centro (Umbria –70,8%) ed al sud (Molise –69,7%). Per le donne vi è stata ugualmente una diminuzione, seppure meno evidente che tra gli uomini (da 2,86 a 2,56, variazione del 10,5%); ad essa

contribuiscono principalmente il dimezzamento dei tumori della pelle (da 0,02 a 0,01) e le forti diminuzioni della malattia di Hodgkin (da 0,1 a 0,05, variazione –44,4 %) e del tumore del corpo dell'utero e dell'utero senza altra indicazione (da 0,64 a 0,36, variazione –43,8%); il tumore della mammella, invece, subisce un lieve aumento, che però, data la frequenza della causa, ha portato a 1.300 decessi in più tra i due trienni.

Anche tra le donne non vi è un deciso andamento geografico nel guadagno in vite umane; le regioni con le diminuzioni più accentuate sono sia al nord (Veneto –17,3%) che al sud (Molise –15,7%), analogamente avviene per le variazioni minori (Valdaosta –0,6%, Toscana –4,6%, Sardegna –2,7%). L'unica regione in cui si osserva un sia pur lieve aumento è l'Abruzzo (+ 1,7%, con un modesto aumento da 335 decessi a 356).

Mortalità evitabile nel terzo gruppo di cause (prevenibili con igiene ed assistenza sanitaria)

Tra gli uomini vi è stata una forte diminuzione (da 9 a 5,8, variazione – 35,1%), con notevoli apporti della colecistite acuta e cronica (da 0,07 a 0,02, variazione –71,4%) e delle cardiopatie reumatiche croniche (da 0,35 a 0,11, variazione 68,6%). Le malformazioni cardiache congenite sono rimaste praticamente invariate (tasso di 0,05, con numero dei decessi che però diminuisce da 381 a 324); nessuna causa registra aumenti.

Le regioni del nord partivano da una mortalità più elevata, ma in esse si sono verificati i miglioramenti più sensibili (Valdaosta –50,5%, Trentino –43,8%, Veneto –42,4%); le regioni del sud, che avevano ed hanno valori più bassi, presentano le variazioni meno accentuate (Sardegna-24,7%, Molise-26,1%, Basilicata-26,3%).

Per quanto riguarda le donne, si osserva una diminuzione ancora maggiore (da 3 a 1,81, variazione del 40%), a cui danno il massimo contributo l'appendicite (da 0,01 a 0,001), le cardiopatie reumatiche croniche che sono diminuite di due terzi (da 0,42 a 0,14), come pure l'ernia addominale (da 0,03 a 0,001) e la colecistite acuta e cronica (da 0,06 a 0,02). Anche in questo caso, nessuna causa presenta aumenti.

Tra le donne non si evidenzia un chiaro trend geografico nelle variazioni, con una diminuzione abbastanza omogenea, mai al di sotto del –35%, e punte più accentuate sia al nord (Valdaosta –57,6%, Trentino –47,7%) che al sud (Molise –47,6%, Puglia –46,6%).

Mortalità per cause accidentali e violente

La gran parte delle morti per causa accidentale e violenta (N8000-9999 della ICD IX) che si osservano nell'anno in Italia sono costituite da quattro grandi cause «esterne»: gli Incidenti Stradali, le Cadute, gli Omicidi e i Suicidi. Queste cause rendono, infatti, conto di più dell' 80% del quadro di mortalità osservato. Se si escludono gli omicidi,

che hanno cause complesse e profonde (es. criminalità organizzata, malattie mentali gravi, ecc.) le possibilità di prevenzione esistenti appaiono alla luce delle attuali conoscenze molto rilevanti, in particolare nel caso degli incidenti stradali, dove un uso più diffuso dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture, seggiolini) e un controllo più generalizzato delle alcolemie dei conducenti potrebbero portare ad una consistente riduzione della mortalità, morbosità e invalidità osservate.

Incidenti stradali

Nella Fig. 12-A sono riportati per le Regioni italiane i tassi standardizzati di mortalità osservati nel periodo 1988-1992.

Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 9.426, pari a 16,6 decessi ogni 100.000 residenti (26,2 per gli uomini, 7,5 per le donne). Come si può osservare, la mortalità tende ad aumentare nel tempo (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a 6,4%), e una certa tendenza all'aumento è rilevabile anche in aspetti più circoscritti del fenomeno: confrontando questi due anni, infatti, in tutte e tre le macroaree (nord, centro e sud) i tassi aumentano, in particolare al sud (+13,9%), ed esaminando i tassi relativi alle diverse regioni si osservano 16 variazioni positive contro solo 4 negative.

I tassi più elevati (intorno a 25-30 decessi ogni 100.000 residenti/anno) si riscontrano tra i giovani (15-29 anni) e tra gli anziani (70 e più anni), dove nel caso di soggetti maschi si osservano massimi rispettivamente di 41,3 e 51,3 decessi ogni 100.000 residenti/anno. I tassi sono più elevati al nord (19,9), e decrescono poi, passando da 16,2 nel centro a 12,4 nel sud. Nel corso del 1995, gli ultimi dati ISTAT-ACI, presentati i primi dell'ottobre scorso a Stresa, riportano un aumento del numero di incidenti verbalizzati rispetto all'anno precedente (182.761 contro 170.679) e un numero di morti a sette giorni dall'incidente pari a 6.512 che, opportunamente corretto, porta a stimare intorno a 8.800 i morti nell'anno per il 1995.

La morbosità, in termini di arrivi al Pronto Soccorso, è valutabile intorno a 500.000-700.000 prestazioni/anno, cui corrispondono circa 150-200.000 ricoveri (stima ricavata dai dati del progetto SISI-Molise).

Sempre in riferimento al 1995, sono disponibili le stime di morbosità (in termini di arrivi/anno al Pronto Soccorso per incidente stradale) ricavate dal suddetto progetto: come si osserva, i tassi più elevati si riscontrano tra gli adolescenti, dove si presenta un picco, pari a circa 2.700 arrivi/anno, nel caso degli uomini tra 15 e 19 anni.

Incidenti domestici: le cadute

Nella Fig. 12-B sono riportati, per le regioni italiane i tassi di mortalità per caduta osservati (per i residenti) nel periodo 1988-1992, (il totale è standardizzato contro la popolazione italiana del 1971).

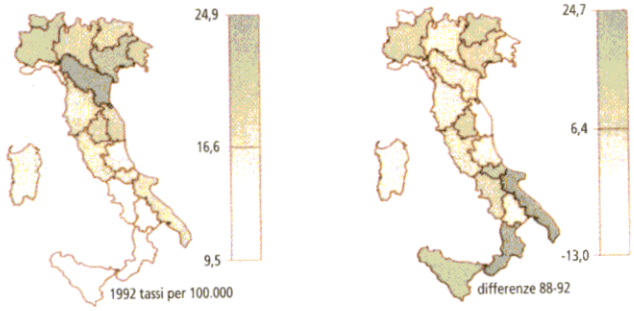
Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 7.779, pari a 13,7 decessi ogni 100.000 residenti (10,3 per gli uomini, 16,9 per le donne).

decessi per cause accidentali e violente

Fig. 12

incidenti stradali

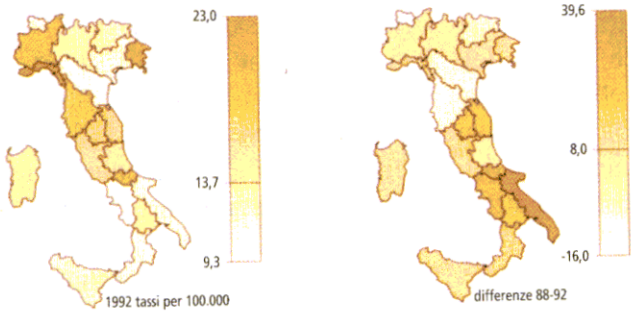
A



La mortalità per questa causa nel periodo 1988/92 aumenta (+ 6,4%)
L'aumento interessa tutte le regioni, ma in particolare nel sud si ha l'incremento maggiore (+13,9%)
Esaminando i tassi relativi alle diverse regioni si osservano 16 variazioni positive contro solo 4 negative.

incidenti domestici (cadute accidentali)

B



La mortalità tende ad aumentare nel tempo (la differenza tra il 1992 e il 1988 è del + 8%)
I tassi aumentano in molte regioni ed in particolare nel sud (+18,4%).
I decessi per tale causa sono più frequenti in Liguria (con 23 morti ogni 100.000 residenti), Friuli e nel Molise.Le regioni meno colpite sono la Campania, l'Emilia Romagna e la Puglia.

Come si può vedere, anche in questo caso il tasso tende sostanzialmente ad aumentare nel tempo (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a 8%). Confrontando questi due anni, in tutte e tre le macroaree (nord, centro e sud) i tassi aumentano, e l'aumento più consistente si registra nel sud (+18,4%). Esaminando i tassi relativi alle diverse regioni si osservano, ancora, 16 variazioni positive contro solo 4 negative.

I tassi più elevati (111,6 decessi ogni 100.000 residenti/anno) si riscontrano tra gli anziani (70 e più anni), dove nel caso delle donne si osserva la mortalità più elevata, pari a 127,8 decessi ogni 100.000 residenti/anno. Per tutte le età, i tassi sono più elevati al centro (16,5), ma al nord e nel sud i valori riscontrati (14,2 e 11,6 rispettivamente) non sono sostanzialmente diversi dalla media nazionale (13,7).

Riferendoci a tutti gli incidenti domestici (non solo alle cadute), la morbosità, in termini di arrivi al Pronto Soccorso, è valutabile intorno a 3.500.000 di prestazioni/anno, cui corrispondono circa 420.000 ricoveri.

Circa la metà di questi eventi si realizza nell'abitazione o nelle pertinenze della stessa. Nell'indagine multiscopo dell'ISTAT sugli incidenti in casa, sono stati stimati circa 3.300.000 eventi/anno (indipendentemente dal fatto che si sia ricorsi o meno al Pronto Soccorso). In riferimento al 1995, i tassi più elevati si riscontrano tra ragazzi di 10-14 anni, dove si presenta un picco, pari a circa 3.000 arrivi/anno.

Suicidi

Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 4.489, pari a 7,9 decessi ogni 100.000 residenti (11,9 per gli uomini, 4,1 per le donne). Come si può osservare, il tasso è sostanzialmente stabile nel tempo (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a +2,6%), anche se una tendenza all'aumento sembra rilevarsi: confrontando questi due anni, infatti, in tutte e tre le macroaree i tassi aumentano, in particolare al sud (+7,6%). Esaminando i tassi relativi alle diverse regioni, d'altra parte, si osservano 10 variazioni positive contro 10 negative.

I tassi più elevati (18,5 decessi ogni 100.000 residenti/anno) si riscontrano tra gli anziani (70 e più anni), dove nel caso dei maschi si osserva il massimo che è pari a 34,3 decessi ogni 100.000 residenti/anno. Su tutte le età, i tassi sono più elevati al nord (16,5), e decrescono, passando da 7,6 (centro) a 5,8 (sud). Va rilevato, nel confronto 1988-1992, che mentre negli uomini anziani (70 e oltre anni) c'è stato un decremento della mortalità (da 41,7 a 34,3,-17,7%) nel caso dei giovani (15-29 anni) si assiste ad un sensibile aumento, del 22,3% (da 6,36 a 7,78).

Omicidi

Nel 1992, i morti per questa causa sono stati 1.233, pari a 2,2 decessi ogni 100.000 residenti (3,8 per gli uomini, 0,6 per le donne). Dal 1988 il tasso è aumentato (differenza percentuale tra 1992 e 1988 pari a 16%). Diversamente dalle altre cause, gli omicidi risultano concentrati prevalentemente nel sud del paese, con tassi massimi in Calabria e in

Sicilia, mediamente superiori di 6-7 volte rispetto a quello che si osserva nel centro-nord. Di fatto, Paumento si osserva in tutto il paese, ma anche se gli incrementi percentuali dei tassi sono simili nelle tre macroaree (nord, centro e sud, rispettivamente +17,3%, 14,3% e 15,5%), i tassi del sud sono più di quattro volte superiori a quelli del nord e del centro, che si attestano intorno ad un caso per 100.000 residenti/anno il fenomeno omicidi risente ovviamente delle «annate» in Calabria, per esempio, c'è stata una diminuzione del tasso tra il 1988 e il 1992, da 8,7 a 6,6 (per 100.000 residenti/anno). Comunque sia, il fenomeno appare nel complesso in aumento: nelle venti regioni si osservano, nel confronto 1988-1992, 14 aumenti e 6 diminuzioni.

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Sono stati presi in considerazione i dati INAIL relativi ai casi di infortunio e di malattie professionali denunciati negli anni 1992, 1993 e 1994 e definiti entro Panno successivo a quello della denuncia. Per le elaborazioni sono stati utilizzati i dati relativi ai casi indennizzati escludendo quindi i casi respinti dall'Istituto.

È evidente che con riferimento ai casi avvenuti in un determinato anno i casi indennizzati saranno carenti di tutti quelli per i quali l'iter clinico amministrativo non è ancora concluso al momento della elaborazione.

Occorre tuttavia tener presente che mediamente oltre il 95% dei casi denunciati vengono definiti entro il 31 dicembre dell'anno successivo e di questi in generale ne vengono indennizzati l'85%.

Infortuni

I casi di infortunio sul lavoro e malattia professionale tendono a diminuire nel triennio 1992-1994; per quanto concerne l'industria si passa, infatti, dai circa 710.000 casi del 1992 ai circa 590.000 del 1994. Nell'agricoltura si passa dai circa 200.000 casi del 1992 ai circa 107.000 casi del 1994.

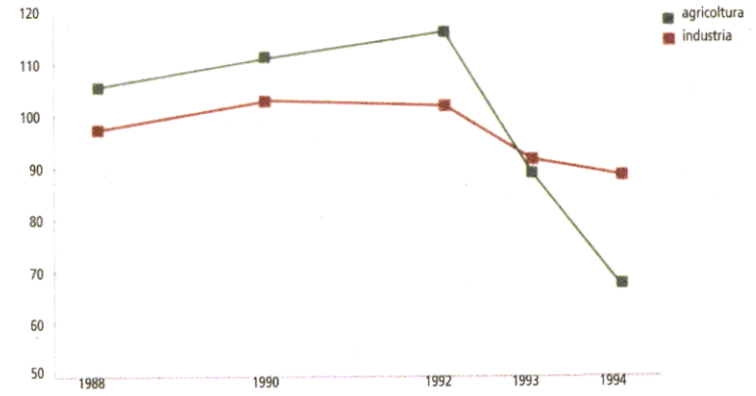
Occorre evidenziare che nello stesso periodo il numero degli addetti nell'industria è passato da 6.850.000 a circa 6.570.000 unità e nell'agricoltura da 1.750.000 a circa 1.560.000 unità.

Va comunque evidenziato come a fronte della diminuzione dei casi il rapporto fra casi gravi (morte o inabilità permanente) e casi lievi (invalidità temporanea) rimane pressochè costante (5,2% nel 1992 e 4,9% nel 1994).

Dall'esame della distribuzione dei casi di infortunio nel settore industriale secondo il grande gruppo di attività risultano a più alta frequenza, sempre in termini assoluti, quello della «metallurgia, lavori in metallo etc.», delle «costruzioni: edili, idrauliche, stradali etc» e delle «varie» (gruppo nel quale vengono compresi dall'istituto assicuratore i servizi e gli esercizi), in questi tre soli gruppi si concentrano il 65% circa dei casi totali (Fig. 13).

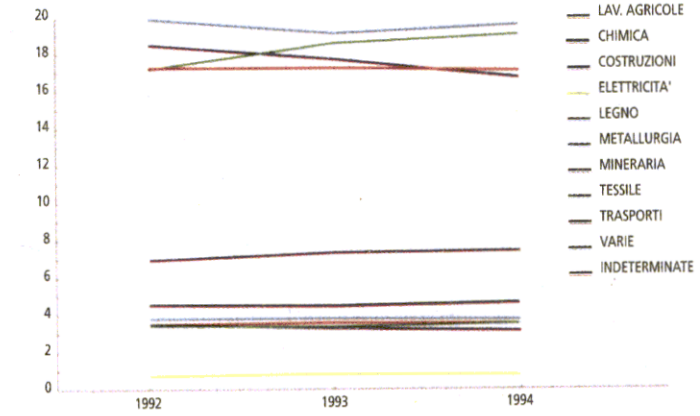
Fig. 13 infortuni sul lavoro

A frequenza degli infortuni nel periodo 1988-1994 (1)



La frequenza degli infortuni sul lavoro sembra diminuire nel periodo 1988-94. Occore però mettere in evidenza che nello stesso periodo il numero degli addetti nell'industria e nell'agricoltura si è ridotto in modo significativo.

B composizione percentuale dei casi di infortunio nel periodo 92-94 (2)



I settori di attività dell'industria ove i casi di infortunio risultano a più alta frequenza sono, in termini assoluti, quello della "metallurgia, lavori in metallo, etc.", delle "costruzioni: edili, idrauliche, stradali, etc." e delle "varie" (gruppo nel quale vengono compresi i servizi e gli esercizi); in questi tre soli gruppi si concentra il 65% circa dei casi totali.

1) Casi denunciati e definiti con indennizzo al 31.12 successivo, per 1.000 occupati

2) Casi denunciati per grandi gruppi d'industria

Se si esaminano gli infortuni sul lavoro nel settore industria in relazione alla distribuzione sul territorio si osserva mostra un andamento omogeneo nel periodo 1992-94.

Circa il 70% dei casi di infortunio avvenuti nel 1994 si è verificato nell'ordine in Lombardia (109.440), Emilia Romagna (71.556), Veneto (70.523), Toscana (52.483), Piemonte (47.558), Lazio (30.877) e Puglia (28.282).

Nel settore dell'agricoltura la maggior parte degli infortuni sono avvenuti in Emilia Romagna (14.017), Veneto (9.140), Campania (7.444), Lombardia (9.048), Toscana (8.227) e Piemonte (8.170).

Malattie professionali

Il settore della metallurgia, lavori in metallo, ecc., nel corso del triennio considerato, rimane il settore dove si registra il più alto numero di definizioni; questo settore, unitamente a quello delle costruzioni, rappresenta circa il 55% delle inabilità permanenti. L'esame delle denunce e delle definizioni per tipo di patologia e gravità, mostra come l'inabilità permanente nelle ipoacusie assorba nel triennio circa il 65% delle inabilità totali, mentre una percentuale di circa 66% si registra considerando la mortalità nelle malattie professionali dell'asbestosi e della silicosi. La diffusione delle malattie professionali esaminata in relazione alla distribuzione sul territorio mostra un andamento omogeneo nel periodo 1992-94 Le Regioni che registrano il maggior numero di casi di malattie professionali indennizzate nel 1994 sono l'Emilia Romagna (937), Lombardia (657), Toscana (612), Veneto (611), Piemonte (596) e Puglia (374).

Per quanto concerne l'agente materiale, causa dell'infortunio, la categoria «materiali, sostanze, radiazioni» sia nel settore industria l'agente materiale che determina il maggior numero di infortuni.

Considerando invece la forma che ha determinato l'infortunio, l'industria delle costruzioni con la «caduto dall'alto» oltre a far riscontrare la maggior frequenza assoluta di infortuni in tutti i settori riportati, concentra circa il 34% degli infortuni verificatisi nel settore stesso delle costruzioni.

La sede della lesione che risulta essere la più colpita è la «mano», con circa un terzo degli infortuni indennizzati nel periodo considerato.

Prendendo in esame l'indice di frequenza e di gravità nell'industria, ripartito per grande gruppo di attività e dimensione aziendale, si nota come l'industria mineraria, minerallurgia e lavori complementari sia la più colpita con circa 138 operai su 1000, seguita da quella delle costruzioni con 131 operai su 1000; l'indice di gravità non fa che confermare che quei due grandi gruppi di industria sono quelli che presentano maggior rischio, risultando i due indici in questione i più elevati: rispettivamente 19,2 e 21,8 per mille operai.

Esaminando la serie storica delle denunce di infortunio in agricoltura presentate all'INAIL dal 1951 al 1993 ed indennizzate entro il 31 dicembre dell'anno successivo, si mette in risalto come il fenomeno in-

fortunistico in agricoltura sia in ascesa; l'indice di frequenza ha subito un balzo notevole nel 1986 e da quell'anno in poi ha continuato ad aumentare, passando da 48,9 nel 1986 a 65,4 nel 1992, subendo quindi un incremento di 17 punti.

Al fine di rappresentare il fenomeno nella sua completezza, nell'allegato statistico sono state accluse sei tavole che riportano in particolare:

la distribuzione a livello nazionale degli infortuni e delle malattie professionali denunciati nell'industria e nell'agricoltura (tab. 1);

la suddivisione dei casi di infortunio e di malattia professionale denunciati nell'industria suddivisi in base ai grandi gruppi di attività del settore (tab. 2);

la suddivisione per tipo di patologia e gravità delle malattie professionali denunciate nell'industria (tab. 3);

la distribuzione a livello regionale degli infortuni e delle malattie professionali denunciati nell'industria (tab. 4);

la suddivisione in base ai grandi gruppi di attività del settore ed alla loro distribuzione regionale dei casi di infortunio denunciati nell'industria (tab. 5);

la suddivisione in base alla loro distribuzione regionale degli infortuni e delle malattie professionali denunciati nell'agricoltura (tab. 6).

Inoltre vengono fornite le tabelle (7-13) che puntualizzano alcune particolarità del fenomeno infortunistico: la causa, l'agente materiale, la sede della lesione, la forma, nonchè alcuni indici di frequenza e di gravità nel settore industriale secondo la dimensione aziendale, mentre per l'agricoltura viene riportata la serie storica dal 1951 al 1993 degli indici di frequenza e delle denunce dei casi di infortunio definiti con indennizzo entro il 31 dicembre dell'anno successivo.

2.7 LA FREQUENZA DELLE MALATTIE CRONICHE

I dati di mortalità rivestono particolare importanza ai fini dell'epidemiologia descrittiva, per la loro disponibilità, per la loro confrontabilità in senso spaziale e temporale, unitamente ad una relativamente buona qualità. Essi descrivono tuttavia solo uno dei possibili esiti di un processo morboso. Solo una parte, più o meno esigua, dei malati per una specifica patologia cronica, muore a causa della malattia stessa. Una parte muore per cause indipendenti, una parte sopravvive a lungo alla malattia, una parte eventualmente guarisce dalla malattia stessa. Questo aspetto di parzialità dell'informazione contenuta nel dato di mortalità rende distorto l'uso della frequenza di decessi per cause diverse come indicatore della frequenza relativa delle corrispondenti patologie nella popolazione, se diversa è la letalità ad esse associata.

I dati sulla morbosità, ed in particolare sull'incidenza (frequenza di nuovi casi di malattia), sulla sopravvivenza e sulla prevalenza (numero di soggetti con pregressa diagnosi di malattia), sono d'altra parte difficili da ottenere, se non in popolazioni limitate e coperte da specifici registri di malattia.

Le indagini campionarie trasversali, quale l'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione, considerano generalmente la percezione soggettiva dello stato di salute. Questa, anche se inadeguata alla misura della frequenza di patologie gravi quali quella neoplastica, risulta comunque strettamente associata alla domanda di servizi sanitari, ed è perciò di interesse per la programmazione e la distribuzione delle risorse.

La più recente indagine ISTAT, dalla quale sono stati tratti i dati riportati nel prossimo paragrafo, è stata condotta nel dicembre 1993 la prima volta e nel novembre 1994 la seconda volta. Ogni indagine ha raggiunto approssimativamente 20 mila famiglie per un totale di 60 mila individui.

Questo capitolo riporta parte dei dati rilevati nell'indagine ISTAT ed i dati disponibili per alcune patologie rilevanti quali i tumori, le malattie cardiovascolari e le malattie del sistema nervoso centrale.

Indagine ISTAT su «Stili di vita e condizioni di salute»

La percezione dello stato di salute è una misura indiretta dello stato di salute stesso, poichè testimonia l'effettivo stato di benessere (o malessere) psicofisico di un individuo filtrato da fattori concomitanti, che variano da persona a persona, e fattori soggettivi di percezione, che possono evidenziare modi diversi di vivere lo stesso livello di malattia o disagio.

Ma la «percezione», che di per sè può sembrare un modo irrazionale di valutare lo stato di salute di una popolazione, di fatto è un modo estremamente importante se si considera che è proprio il «sentirsi male», più che lo «star male», la molla che porta un individuo in contatto con il sistema di servizi sanitari di un Paese.

Peraltro la percezione dello stato di salute è fortemente correlata a tutti i riscontri oggettivi esistenti sullo stato di salute: ricorso ai servizi, uso di farmaci, presenza di malattie croniche.

Nel 1993-94 il 49,2% della popolazione ha dichiarato di sentirsi molto bene (ha dato alla propria salute il punteggio massimo il 52,9% degli uomini e il 45,6% delle donne) e solo il 2,8% di sentirsi molto male (il punteggio minimo è stato indicato dal 2,1% degli uomini contro il 2,6% delle donne). Il dato è estremamente confortante, specialmente se letto come uno dei risultati di una politica di welfare sanitario per tutti che l'Italia ha adottato già dagli anni cinquanta.

Il dato non è tuttavia equamente distribuito tra gli individui ed una lettura specifica per sesso ed età mostra delle immediate diseguaglianze di genere e generazione. Considerando quest'ultimo tipo di differenze, come è intuibile, si trova che la percezione di un buono stato di salute è correlata negativamente con l'età: migliore per i giovani e peggiore per i più anziani. Il massimo del benessere è raggiunto dai giovani tra i 6 e i 14 anni (82%), e il massimo del malessere dagli anziani oltre i 75 anni (12,2%). Se nelle classi giovani la maggior parte delle persone dichiara di sentirsi molto bene, via via nelle classi più anziane si delinea una

maggiore uniformità: la modalità più frequente diventa il sentirsi discretamente. Inoltre, procedendo con l'età, il «sentirsi bene» lascia rapidamente spazio alle altre modalità (il sentirsi molto male, ecc.) diventando, via via, meno esclusivo: le età più giovani sono quelle in cui è quasi trascurabile il peso degli stati di malessere ed è predominante quello di benessere; al contrario le età avanzate sono più composite, e le percezioni negative molto più presenti. Le donne sono in leggero svantaggio rispetto agli uomini, eccezion fatta per le giovanissime generazioni in cui i sessi sono quasi alla pari (fino a 14 anni); le donne hanno un gap negativo di 5-6 punti percentuali sulla modalità di benessere massimo rispetto agli uomini, che si riduce, però, oltre i 65 anni: in questi anni la comorbidità (cioè la presenza contemporanea di più malattie) e le invalidità tipiche dell'età anziana per entrambi i sessi, fanno sentire tutto il loro peso sulla percezione dello stato di salute. Dall'indagine risulta che il 35,4% della popolazione dichiara di soffrire di una qualche malattia cronica e di questo ammontare più della metà (55,1%) è costituito da donne.

Inoltre, se è vero che il 36,4% di coloro che sono affetti da patologie croniche è costituito da persone con più di 65 anni, è altresì vero che nell'81,6% dei casi chi ha superato quest'età è affetto da patologie croniche.

La maggior parte di questi soggetti (10 milioni di individui) è concentrata (45,3%) nell'età adulta, tra i 35 ed i 64 anni, anche se solo una persona su due (49,7%) di quest'età dichiara una malattia cronica.

Le artrosi e le artriti con un quoziente del 20,1% sono le patologie più frequentemente dichiarate, sia da parte maschile che da parte femminile. Come si evince dalla Fig. 14, nel 1993-94 una donna su quattro e un uomo su sei dichiarano di essere affetti da artrosi o artrite. Per entrambi i sessi l'ipertensione arteriosa occupa il secondo posto nella graduatoria delle malattie croniche, con una diffusione maggiore tra le donne che presentano un quoziente dell'11,4% contro l'8,3% degli uomini. Sia nel caso dell'artrosi sia dell'artrite e dell'ipertensione, sono gli anziani i soggetti maggiormente svantaggiati. I dati dell'artrosi risultano più alti per le donne che hanno più di 75 anni (68,8% contro 55,4%); analogamente dicasi per l'ipertensione (40,8% contro 31,3%).

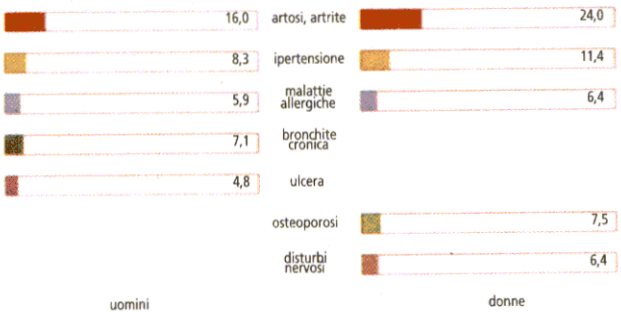
Se si considerano le altre malattie croniche lo scenario di morbosità delle donne e degli uomini risulta completamente differente. Alcune malattie sono nettamente più diffuse tra le donne: disturbi nervosi (6,4% contro 3,8%), e osteoporosi (7,5% contro 1,6%); altre sono a più elevata diffusione maschile: bronchite cronica (compresi enfisema ed insufficienza respiratoria: 7,1% contro 5,6%) e ulcera gastrica e duodenale (4,8% contro 3%).

La frequenza dei tumori

In Italia si stima che nel 1995 siano stati diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di tumore, mentre le morti per neoplasia sono state circa 160.000.

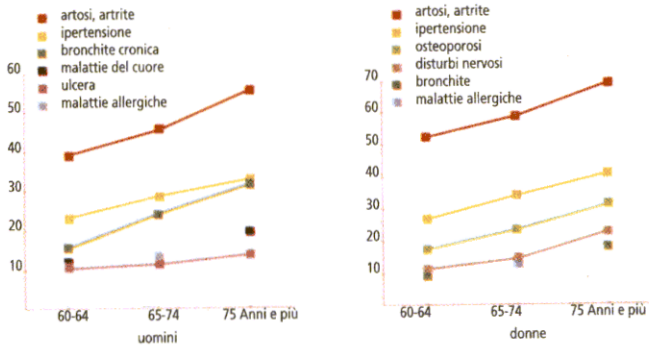
Fig. 14 malattie croniche e percezione dello stato di salute

A graduatoria delle malattie croniche per tutte le classi di età (quozienti per 100 persone, 1993-94)



Una donna su quattro e un uomo su sei dichiarano di soffrire di artrosi o artrite. L'ipertensione arteriosa è , per frequenza, la seconda patologia, che colpisce con una percentuale maggiore le donne rispetto agli uomini. Seguono le malattie allergiche che rappresentano nei maschi la terza causa di disturbi, mentre nelle donne sono a pari frequenza con i disturbi nervosi.

B graduatoria delle malattie croniche per alcune classi di età (quozienti per 100 persone, 1993-94)



Il quoziente di intervistati che dichiarano di essere affetti da patologie aumenta progressivamente nelle età tra i 60-64 anni, 65-74 anni e oltre 75 anni, ed inoltre si modifica la frequenza delle patologie. Fino a 74 anni, infatti, ai primi due posti per entrambi i sessi si collocano artrosi e ipertensione, per gli uomini al terzo posto si ritrova la bronchite cronica per le donne l'osteoporosi.
Dopo i 75 anni negli uomini la bronchite si colloca al secondo posto superando l'ipertensione; al quarto posto emergono le malattie del cuore e poi il diabete; nelle donne dopo l'osteoporosi emergono la bronchite e le malattie del cuore.

L'aumento del numero dei morti per tumore, osservato nell'ultimo decennio (pari circa all'1,8% annuo a partire dal 1985) è dovuto in gran parte all'incremento del numero degli ultrasessantacinquenni nella popolazione italiana (oltre il 15% del totale).

I tassi di mortalità, compresi nella fascia di età tra i 35 e i 64 anni, si sono invece mantenuti piuttosto costanti, mentre è aumentata, nell'ultimo decennio, l'incidenza della patologia neoplastica.

In particolare stanno aumentando alcune forme neoplastiche quali: il tumore del polmone, del colon-retto, della mammella (circa 25-30.000 nuovi casi all'anno per ciascuna di esse), della prostata.

In Italia il tumore polmonare causa il 29% delle morti per neoplasia negli uomini ed il 6% nelle donne. La mortalità per questa patologia è cresciuta rapidamente negli ultimi trenta anni passando da 6.000 decessi nel 1959 a 30.000 decessi nel 1989.

Recentemente, mentre nel sesso maschile si sta andando verso una stabilizzazione dei tassi di mortalità, con una tendenza alla diminuzione nelle classi di età più giovani, nel sesso femminile si è osservato un marcato aumento, soprattutto nelle fasce al si sopra dei 40 anni.

I nuovi casi di tumore polmonare diagnosticati annualmente in Italia sono circa 35.000. Le terapie (chirurgica, medica, radiante) non hanno sostanzialmente modificato la prognosi dei pazienti con carcinoma polmonare la cui sopravvivenza a cinque anni non supera a tutt'oggi l'1,8%. La mortalità per tumore dell'utero è diminuita di oltre il 40% negli ultimi 40 anni. I dati ISTAT non differenziano tra morti attribuibili a carcinoma della cervice uterina e morti attribuibili a carcinoma del collo dell'utero. Analisi di popolazione consentono una discriminazione almeno approssimativa tra queste due patologie, in quanto il tumore della cervice uterina ha un'insorgenza più precoce rispetto a quello dell'endometrio. La riduzione di mortalità è stata osservata soprattutto nelle coorti più giovani, suggerendo indirettamente che gran parte di essa sia da attribuire alla diminuita mortalità per tumore della cervice uterina.

Attualmente si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di cervico-carcinoma e che si registrino almeno 1.500 decessi per questa forma neoplastica.

Per quanto attiene il tumore della mammella, in Italia ogni anno muoiono circa 11.000 donne e a più di 25.000 viene diagnosticato un carcinoma mammario.

Il carcinoma del colon-retto è la seconda neoplasia per frequenza sia negli uomini che nelle donne. In Italia i nuovi casi diagnosticati ed i pazienti deceduti per anno, a causa di questa neoplasia, sono rispettivamente circa 27.000, e 15.000. Nel 1990 è stata stimata una prevalenza di circa 130.000 pazienti con carcinoma del colon-retto.

Inoltre le proiezioni per l'anno 2000 ipotizzano che i casi incidenti siano in crescita, con un valore pari a 34.000 nuovi casi, ovvero circa 7.000 pazienti in più rispetto al 1994.

Per alcune delle neoplasie sopra menzionate, l'incremento può correlarsi al prolungamento della vita media (prostata, polmone); per altre neoplasie (mammella, colon-retto, melanoma) vi è stato invece un significativo aumento anche nelle fasce d'età più giovani, comprese tra i 35

e i 64 anni. I dati di incidenza e di prevalenza delle neoplasie sono estrapolati dai dati di mortalità dell'ISTAT e dai dati di sopravvivenza dei Registri Tumori. Questi ultimi però coprono solo il 10% del territorio nazionale, sono dislocati prevalentemente al nord e parte di essi sono di istituzione relativamente recente.

Pertanto i dati disponibili per le stime di prevalenza delle malattie tumorali in Italia non possono essere del tutto precisi.

Si stima comunque che circa 1.400.000 persone siano viventi dopo aver avuto una diagnosi di tumore in qualche momento della loro vita. Oltre un milione tra di esse ricorre a strutture oncologiche per trattamenti medici, chirurgici, radioterapeutici e per effettuare controlli diagnostici periodici per la valutazione dello stato di malattia.

Incidenza, mortalità, sopravvivenza sono le principali misure per il dimensionamento del problema cancro in Italia. Le stime al 1995 del numero di nuovi casi e del numero di decessi sono riportate nella Fig. 15-A. Se l'incidenza è l'indicatore più appropriato dell'esposizione di una popolazione a fattori di rischio, siano essi endogeni od esogeni, la sopravvivenza, qualora rappresentativa di tutti i casi incidenti prodotti dalla popolazione in esame, è di grande valore nella valutazione dell'efficacia con cui i soggetti affetti da patologia cronica vengono gestiti dal sistema sanitario. I tassi di sopravvivenza su base di popolazione misurano infatti l'effetto complessivo di due aspetti entrambi necessari per una corretta valutazione: la tempestività della diagnosi e l'appropriatezza delle misure terapeutiche.

La Fig. 15-B riporta i valori della sopravvivenza relativa (della sopravvivenza, cioè, depurata della mortalità per altre cause) a S anni dalla diagnosi, suddivisi per sesso e per le principali sedi tumorali (dati EUROCARE). I tassi di sopravvivenza dei pazienti italiani sono messi a confronto con i corrispondenti valori stimati sul complesso dei dati disponibili, relativi a 40 registri tumori in 12 diversi paesi europei. Per un commento dettagliato si rimanda alle pubblicazioni originali del progetto EUROCARE. Si può comunque notare come i valori della sopravvivenza stimati in Italia siano mediamente simili alla media europea. Questa rappresenta prevalentemente i paesi della UE, che più consistentemente hanno partecipato all'indagine.

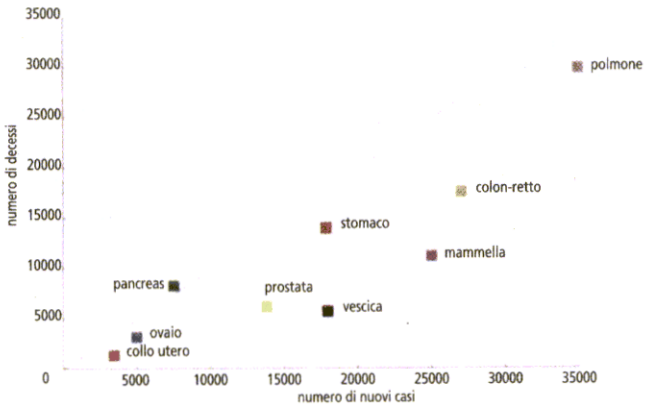
Nel calcolo della prevalenza, per una vasta area territoriale non è possibile fare una distinzione tra pazienti curati, pazienti diagnosticati in fase avanzata o che hanno avuto trattamenti curativi e quindi con progressione della malattia.

L'invecchiamento della popolazione, i progressi delle terapie in termini di sopravvivenza, dovuti soprattutto alla diffusione dei trattamenti multimodali, la diagnosi precoce, ora possibile per molti tumori grazie alle nuove tecniche per immagine, sono tutti fattori destinati a far crescere nel tempo il numero delle persone con storia di cancro e quindi incideranno certamente sulle risorse della sanità pubblica.

La sopravvivenza dei pazienti oncologici è in parte associata al tipo di trattamento effettuato. Al momento in Italia non esiste alcun sistema per valutare la qualità dei trattamenti a cui sono sottoposti i pazienti, nè è verificato il grado di adeguatezza degli

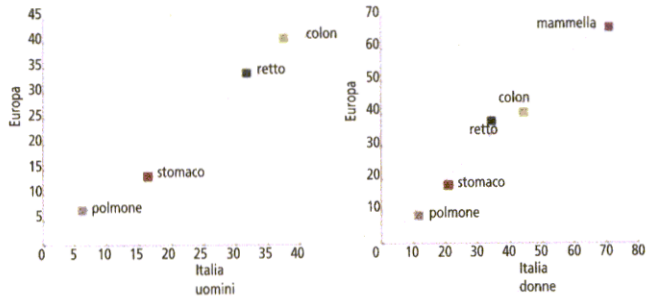
Fig. 15 malattie croniche: neoplasie

A nuovi casi e numero di decessi in alcuni tipi di neoplasia (1995)



Il rapporto fra incidenza e mortalità nelle diverse localizzazioni anatomiche delle neopolasie oscilla intorno all'unità nei tumuri del polmone, stomaco e pancreas, è più favorevole nelle neoplasie della mammella, prostata e vescica; queste patologie presentano una più alta prevalenza.

B percentuale di sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, per sede tumorale più frequente e per sesso (1978-1985)



La sopravvivenza relativa (depurata da altre cause di mortalità) stimata in Italia è mediamente simile alla media europea.

standard di trattamento rispetto a quelli accettati dalla comunità scientifica.

Alcuni studi condotti su campioni di popolazione hanno infatti dimostrato notevoli disparità tra le diverse realtà regionali, evidenziando in alcuni casi inadeguatezze legate sia all'«under» che all'«overtreatment».

Sono questi fattori che hanno un indubbio riflesso sia sulle spese sanitarie, sia sulla quantità e qualità di vita del paziente oncologico.

In tale ottica la Commissione oncologica nazionale, istituita presso il Ministero della Sanità, in linea con gli obiettivi e le strategie previste nel P.S.N. 1994/1996 ed in particolare con l'azione programmata «Prevenzione e cura delle malattie oncologiche», ha predisposto, nel corso del triennio, «Linee Guida», individuando gli interventi strategici fondamentali da compiere. Scopo di tali «Linee Guida» è stato quello di fornire una serie di indicazioni operative, atte ad uniformare e ottimizzare l'organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia su tutto il territorio nazionale. Esse hanno riguardato le seguenti tematiche:

a) organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia;

b) priorità nel settore dell'epidemiologia;

c) linee guida in tema di prevenzione primaria dei tumori del polmone;

d) proposte operative in tema di prevenzione secondaria del cervico-carcinoma uterino;

e) proposte operative in tema di prevenzione secondaria dei tumori della mammella;

f) proposte operative in tema di prevenzione secondaria dei tumori del colon-retto;

g) linee guida per le cure domiciliari nel paziente oncologico;

h) programmi di ricerca e sviluppo per la prevenzione oncologica.

L'incidenza dei tumori dello stomaco, dell'intestino e della mammella è stata stimata anche a livello regionale. Nella Fig.16 viene riportato, per regione e rispettivamente per uomini e donne, il corrispondente tasso di incidenza. Per consentire il confronto dei livelli di incidenza tra le regioni, questi ultimi sono stati aggiustati per età utilizzando la popolazione mondiale come standard di riferimento. Il tumore dello stomaco è quello che presenta la maggiore variabilità geografica, con un rapporto tra i valori più bassi (Mezzogiorno) e quelli più elevati (Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana) superiore a 2.1 tumori colon-rettali presentano un evidente diminuzione dal nord al sud del paese, analogamente a quelli della mammella, che però mostrano un andamento più irregolare, con valori di incidenza superiori alla media nazionale anche nel Lazio ed in Sardegna. Per quanto riguarda la prevalenza, i valori disaggregati per regione, limitatamente ai tumori dello stomaco, del colon-retto e della mammella per cui sono disponibili le relative stime, mostrano (Fig. 17) l'estrema variabilità geografica del numero di casi prevalenti e dei corrispondenti tassi di prevalenza. Particolarmente rilevante il caso

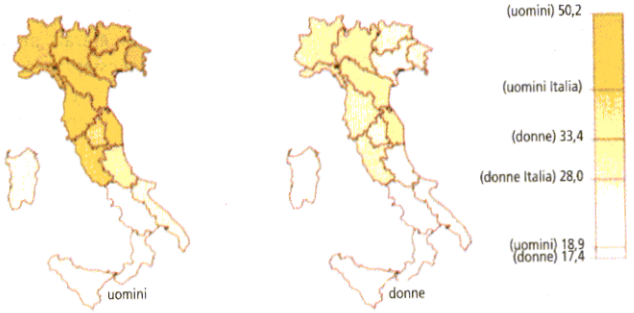
incidenza del tumore dello stomaco
(tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)

A

Negli uomini per questa neoplasia i tassi più elevati si osservano nelle regioni del Nord: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana. Valori molto inferiori si riscontrano nel Sud Puglia, Sardegna, Sicilia.
Nelle donne l'incidenza della malattia è significativamente inferiore a quella dei maschi, tuttavia la distribuzione geografica è abbastanza analoga.

incidenza del tumore del colon-retto
(tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)

B



Anche per questa neoplasia negli uomini i tassi più elevati si osservano nelle regioni del nord: Friuli, Piemonte, Liguria. Valori molto inferiori si riscontrano nel sud: Campania, Calabria, Sicilia.
Per quanto riguarda le donne, i tassi più elevati si registrano nelle Marche,Emilia Romagna, Lombardia.

incidenza del tumore della mammella
(tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)

C

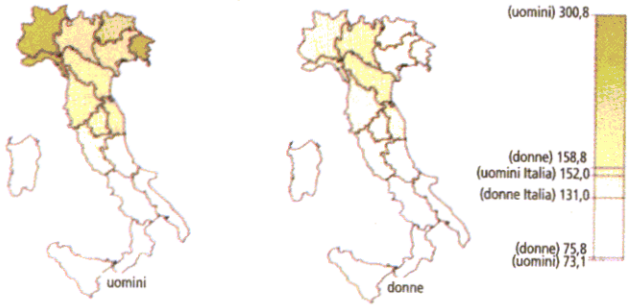
Questa neoplasia presenta una distribuzione geografica piuttosto omogenea; i tassi più elevati si osservano ancora una volta in Lombardia, Liguria, Piemonte.
Valori abbastanza inferiori si riscontrano in Calabria, Abruzzo e Umbria
Questi tassi corrispondono a circa 25.000 nuovi casi di malattia all'anno.

Fig. 17 malattie croniche: stima di prevalenza di alcuni tumori

A prevalenza del tumore dello stomaco (tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)

Negli uomini per questa neoplasia, analogamente alla incidenza, i tassi di prevalenza più elevati si osservano nelle regioni del nord: Lombardia, Emilia Romagna, Marche. Valori molto inferiori si riscontrano nel sud, in Puglia, Sardegna e Sicilia. Per le donne si osserva un andamento analogo, ma con valori molti inferiori.

B prevalenza del tumore del colon-retto (tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)



Anche per questa neoplasia i tassi più elevati, per entrambi i sessi, si osservano nelle regioni del nord: Friuli, Piemonte, Liguria. Valori molto inferiori si riscontrano invece nel Sud: Campania, Calabria e Sicilia.

C prevalenza del tumore della mammella (tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)

Per questa neoplasia i tassi più elevati si osservano ancora una volta in Lombardia, Piemonte e Liguria. Valori abbastanza inferiori si riscontrano invece in Calabria, Abruzzo e Umbria. La Lombardia, il Piemonte e la Liguria presentano circa 85.000 pazienti affette da neoplasia della mammella rispetto ad un totale stimato nella intera popolazione di circa 250.000 casi.

della Lombardia che, con il 15% della popolazione italiana presenta il 24% dei casi totali di tumore dello stomaco, il 18% di quelli del colon-retto, ed il 20% di quelli della mammella.

La frequenza delle malattie ischemiche del cuore

Le malattie ischemiche del cuore (CIM IX Rev. 410-414) hanno provocato nel 1993 73.837 decessi, 40.940 dei quali uomini e 32.897 donne, con un tasso di mortalità complessiva pari a 1,3 per mille. Di questi decessi 62.257 sono avvenuti al di là dei 65 anni. Non sono state eseguite indagini che coprano tutto il territorio nazionale e che ci forniscano stime precise della incidenza e della prevalenza delle malattie ischemiche del cuore.

Comunque, come per alcuni tipi di tumore, prevalenza e incidenza possono essere stimate a partire dai dati di mortalità purchè si conoscano le curve di sopravvivenza. Tali curve sono state prodotte in anni recenti dai registri cardiovascolari legati al progetto MONICA. I risultati delle stime ci permettono di affermare che all'inizio degli anni '90 ogni anno si verificavano 96.000 nuovi casi di malattie ischemiche; di questi, 61.000 sono uomini e 35.000 sono donne. Il numero totale di italiani che attualmente soffrono di una malattia ischemica è invece 489.000, dei quali 376.000 sono uomini e 113.000 donne.

Nel complesso si stima che i soggetti con storia d'infarto rappresentino quasi 1,1% dell'intera popolazione italiana.

I dati derivati dai registri e dagli studi di coorte italiani si riferiscono all'età 25-74 anni: estrapolazione degli attack rate degli eventi coronarici maggiori derivati dall'esperienza di 3 anni di funzionamento del registro MONICA dell'Area Latina indicano, per la popolazione italiana di età 25-74 anni, 50.600 eventi negli uomini e 17.600 eventi nelle donne per ogni anno. Sempre dallo stesso registro è disponibile la letalità cumulativa a varie scadenze: entro un'ora muore l'8,3% degli uomini colpiti e l'8.6% delle donne; a 24 ore il 29,9% degli uomini e il 32,6% delle donne; a 28 giorni il 56,5% degli uomini e il 73% delle donne. Inoltre il 49% degli uomini e il 57% delle donne muore in ospedale, mentre il 45% degli uomini e il 37% delle donne muore a casa. Una larga proporzione dei decessi che avvengono fuori dall'ospedale riguarda soggetti colpiti da eventi secondari, cioè già a conoscenza di un episodio precedente e già sottoposti a trattamento per le sue conseguenze.

Sempre nell'ambito del progetto MONICA sono stati stimati i valori dell'attack-rate per eventi coronarici in uomini e donne di età compresa tra 25 e 64 anni, come risulta dalla Fig.18.

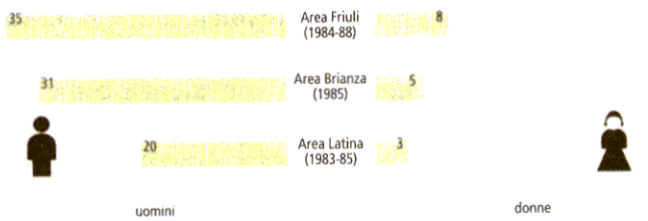
Lo studio ECCIS ha consentito di valutare la prevalenza di cardiopatia ischemica silente negli uomini di età 40-59 anni in 0,52%.

La distribuzioni delle diagnosi chirurgiche e mediche più frequenti nella categoria diagnostica «malattie e disturbi dell'apparato cardiovascolare», relative all'anno 1993, è riportato nella Fig. 18-B.

Dai dati presentati risulta chiaro che la patologia cardiovascolare è tuttora un rilevante problema sanitario e che nonostante il miglioramen-

Fig. 18 alcuni indicatori di patologie cardio-vascolari

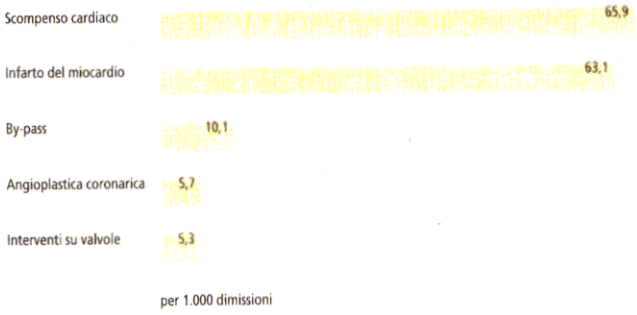
A "attack rate" di eventi coronarici per 100.000 persone per anno (età 25-64 anni)



* secondo i dati del Progetto MONICA

La frequenza degli eventi coronarici è maggiore negli uomini che nelle donne; è maggiore nelle aree del nord che in quelle del centro.

B distribuzione delle diagnosi chirurgiche e mediche più frequenti nella categoria diagnostica "malattie e disturbi dell'apparato cardiovascolare" (1993)



Scompenso cardiaco e infarto del miocardio sono le diagnosi più frequenti di dimissione ospedaliera per le malattie dell'apparato cardiovascolare.

to della terapia e la più frequente e rapida ospedalizzazione, la letalità è troppo elevata; inoltre, una percentuale troppo elevata di casi muore fuori dall'ospedale senza ricevere un trattamento adeguato.

Ciò sembra in contraddizione con le affermazioni della cardiologia clinica che riportano letalità sempre più basse; in realtà tali affermazioni riguardano i casi di infarto miocardico ricoverati in unità coronarica che rappresentano probabilmente una quota poco superiore ad un terzo del totale degli eventi coronarici maggiori.

La frequenza delle patologie del sistema nervoso centrale (S.N.C.)

L'impatto umano ed economico delle malattie del S.N.C. nella società contemporanea è enorme. Molte di queste patologie hanno un carattere epidemico e si configura a brevissimo termine uno scenario di intervento sanitario pubblico e assistenziale di grandi proporzioni.

In Italia sono carenti le indagini volte specificamente alla determinazione dei costi socio-economici relativi alle malattie del sistema nervoso. L'impatto economico è comunque elevato considerando non solo la perdita della capacità lavorativa dei pazienti e spesso dei familiari costretti al prepensionamento, ma anche le spese sanitarie e assistenziali. Infatti oltre all'ospedalizzazione richiesta nella fase diagnostica, per il carattere spesso cronico delle patologie del S.N.C., è necessario considerare la necessità di regolari studi clinici longitudinali in strutture specializzate, interventi riabilitativi di lunga durata, assistenza domiciliare e supporto per le famiglie. Ciò vale in modo particolare per quelle malattie le cui conseguenze sociali ed economiche si protraggono per un elevato numero di anni e si ripercuotono sulle famiglie di origine, principale sostegno di questi pazienti.

Per quanto riguarda soltanto le demenze, dati relativi ai Paesi occidentali indicano una prevalenza della demenza invalidante attorno all'8% per le età superiori a 65 anni e verosimilmente un incremento progressivo dell'ordine del 9-16% nel periodo 1980-2000. In Europa, la demenza ha una prevalenza da 320 a 1.300 casi per 100.000 persone, cioè attualmente circa 3,5 milioni di persone sono colpite da questa condizione e più del 50% di queste soffrono della forma di tipo Alzheimer. Per quanto riguarda l'epilessia sono stati riscontrati tassi di incidenza dai 20 a 70 per 100.000 abitanti per anno e tassi di prevalenza da 4 a 10 per 1.000 abitanti nella popolazione generale. Dati derivati dal Registro MONICA dell'Area di Latina, estrapolati alla popolazione italiana di età 25-74 anni, indicano 38.100 eventi cerebrovascolari l'anno negli uomini e 28.000 eventi cerebrovascolari l'anno nelle donne. La letalità cumulativa a varie scadenze riportata è del 25,3% negli uomini e 27,8% nelle donne entro un giorno, del 35,9% negli uomini e del 42,8% nelle donne entro 7 giorni e del 44,2% negli uomini e del 51,0% nelle donne entro 28 giorni. Inoltre il 72% degli uomini e il 67% delle donne muore in ospedale, mentre il 19% degli uomini e il 23% delle donne muore a casa.

L'incidenza delle malattie cerebrovascolari è di 160 per 100.000 persone per anno: 60% infarti cerebrali, 25% emorragie cerebrali o su-

baracnoidee, 15% attacchi ischemici transitori. La sclerosi multipla ha una prevalenza di 60 per 100.000 persone corrispondenti ad oltre 30.000 soggetti in Italia. Un altro grande problema riguarda le patologie di pertinenza psichiatrica. A questo riguardo occorre ricordare che i disturbi affettivi ed i disturbi d'ansia presentano tassi di prevalenza life-time nella popolazione generale oscillanti tra il 7,8% ed il 24,9%. I disturbi della condotta alimentare hanno una prevalenza che arriva fino al 10,6%. Le sindromi da somatizzazione hanno una frequenza intorno all'11% della popolazione generale, mentre i disturbi di tipo schizofrenico presentano una prevalenza dello 0,6-1,5%. Infine disturbi di personalità sono stati evidenziati, in diverse indagini epidemiologiche, in circa il 10% della popolazione. Al di là della diversa espressività clinica e modalità di decorso, le patologie ansiose e depressive producono invalidità psichica e, talvolta, fisica, in un'altissima percentuale di casi, individuando pertanto un settore della medicina in cui gli sforzi di ricerca a tutti i livelli etiopatogenetici, diagnostici, preventivi e terapeutici, e la pianificazione dell'intervento sanitario sul territorio nazionale assumono la massima rilevanza.

3. I servizi e l'assistenza sanitaria

PAGINA BIANCA

3.1 INTRODUZIONE

L'analisi dell'offerta ai cittadini da parte del Servizio Sanitario Nazionale, viene effettuata presentando la tipologia dei servizi esistenti e l'insieme delle prestazioni da essi erogate. Tali informazioni risultano desunte, per la quasi totalità, dai dati raccolti attraverso i «Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle USL».

Dei dati in possesso solo una parte viene presa in considerazione in quanto, anzichè fornire una semplice – anche se completa – elencazione dell' esistente, si è preferito selezionare quelli aventi carattere di maggiore rilevanza e significatività, che meglio consentano di osservare il trend dello sviluppo delle strutture del SSN all'interno delle singole regioni e – attraverso il confronto tra di esse – nelle varie aree del Paese. Questo in particolare sembra di maggiore interesse per il processo di programmazione e per i decisori, ai vari livelli, cui è diretta la Relazione sullo stato sanitario del Paese. Le analisi dettagliate sono effettuate dai livelli periferici del governo della sanità, ai fini propri della programmazione e del riequilibrio fra le diverse aree su cui insistono le aziende sanitarie. In questa sede la sola descrizione dell'offerta di servizi, con alcune specificazioni, sembra tuttavia corrispondere alle esigenze che la Relazione deve soddisfare.

Sono stati considerati gli anni dal 1992 al '94, ultimo disponibile al momento dell'elaborazione del presente capitolo. Successivamente si sono rese disponibili le tavole statistiche relative all'anno 1995 che hanno sostanzialmente confermato l'andamento dei fenomeni osservati ed analizzati. Si è deciso, quindi, di inserire negli allegati statistici anche le tavole relative all'anno 1995. Nella descrizione delle situazioni regionali e nell'analisi dei fenomeni ad esse connessi si sono evidenziati i casi in cui si registrano, per l'anno 1995, cambiamenti significativi.

In generale i valori presentati sono espressi sotto forma di rapporti per mille abitanti. Al denominatore sono stati utilizzati sottogruppi di essi in modo da costruire «popolazioni tipo», confrontabili tra di loro, onde correggere i possibili effetti distorcenti derivanti dalla diversa struttura demografica delle varie regioni italiane.

L'indice di questo capitolo è stato definito tenendo presente il «Piano Sanitario Nazionale» relativo al triennio 1994-96 ed in particolare i livelli uniformi di assistenza che rappresentano l'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che debbono essere erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono stati utilizzati alcuni degli indicatori di efficienza e di qualità per il S.S.N. adottati con il Decreto del Ministero della Sanità del 24 Luglio 1995, che costituiscono un sistema di autovalutazione e di verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'ambito delle attività sanitarie. Per la costruzione di questo sistema di indicatori il Ministero ha avviato la revisione dei flussi informativi sanitari. È stato progettato un nuovo sistema, approvato d'intesa con le Regioni nell'ambito della conferenza Stato-Regioni (D.M. 23-12-96 che, a partire dal 1997, consentirà di far fronte al fabbisogno informativo centrale e regionale facendo proprie anche le esigenze di altre amministrazioni centrali, come il Ministero del Tesoro. Inoltre, al fine di ridurre al minimo le risor-

se impiegate e di non duplicare le rilevazioni dei dati, il Ministero si è anche impegnato a coordinare tutte le fonti informative esistenti nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale e di interesse per il Servizio Sanitario Nazionale.

3.2 IL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NELLE VARIE REALTÀ GEOGRAFICHE DEL PAESE

In Italia nel 1994 il personale dipendente del S.S.N. è risultato costituito da circa 677.000 unità.

Il ruolo sanitario rappresenta il 63,7%, quello tecnico il 25,1%, quello amministrativo il 10,7%, quello professionale lo 0,5 (Fig. 1).

Nell'ambito del ruolo sanitario oltre 100.000 unità costituiscono il personale medico che risulta aumentato di circa il 3% rispetto al 1992. Il personale infermieristico è rappresentato da quasi 255.000 unità con un analogo incremento percentuale nei confronti del 1992.

Il rapporto popolazione assistibile/medico (Fig. 2) risulta di 570 unità: il valore più elevato si registra in Puglia (696 assistibili per medico) e nella Provincia autonoma di Bolzano con 678; quello più basso in Umbria (446 unità) ed in Sardegna (453).

Il rapporto popolazione assistibile/infermieri è di 224 (Fig. 2): la Calabria presenta il rapporto peggiore con 412 assistibili ogni infermiere, mentre l'Umbria quello migliore con 188.

Il rapporto infermieri/medici è di 2,5 (Fig. 2). Questo dato varia nelle singole regioni, risultando più elevato nella provincia autonoma di Bolzano (3,6), in Friuli Venezia Giulia (3,4), nel Veneto e nella provincia di Trento (3,3); i dati più bassi si riscontrano in Sardegna (2,1), in Calabria (1,9) e in Sicilia, che con l'1,8 presenta il dato peggiore. Alcune regioni del Centro Italia sono al di sotto della media nazionale: Umbria (2,4), Lazio (2,3).

Il dato generale prende in considerazione tutto il personale ed è evidentemente correlato al numero dei presidi sanitari esistenti in ciascuna realtà regionale. Si può ritenere che in alcune realtà vi siano situazioni che privilegiano la medicina d'urgenza e d'attesa con una predominanza delle strutture ospedaliere, a scapito delle necessità primarie dell'Assistenza Sanitaria di Base (prevenzione, educazione sanitaria, assistenza domiciliare) in cui si è indubbiamente carenti.

Il rapporto medico/infermieri è da considerarsi ancora troppo basso, anche laddove presenta i dati più favorevoli.

3.3 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

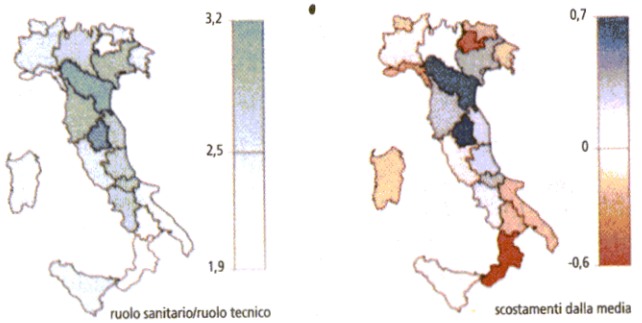
Dati anagrafici dei presidi preposti

L'attività di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro esplicandosi nelle sue tre principali funzioni, Igiene pubblica, Medicina del lavoro e Igiene veterinaria – promuove la salute della po-

il personale del S.S.N. (1994)

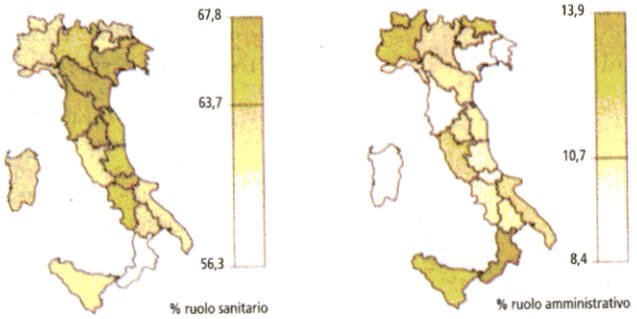
Fig. 1

A rapporto fra personale del ruolo sanitario e tecnico



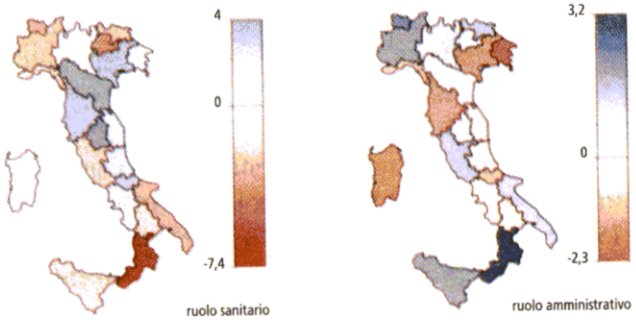
Per ogni dipendente del S.S.N. appartenente al ruolo tecnico ci sono in media 2.5 dipendenti nel ruolo sanitario. Le variazioni regionali non sono particolarmente marcate : tale rapporto in Emilia Romagna ed in Umbria è di 1 a 3 mentre in Calabria è di 1 a 2.

B incidenza percentuale del personale del ruolo sanitario e del ruolo amministrativo



Il personale del ruolo sanitario rappresenta il 64% di tutto il personale dipendente.
Il personale amministrativo rappresenta l'11% del totale.

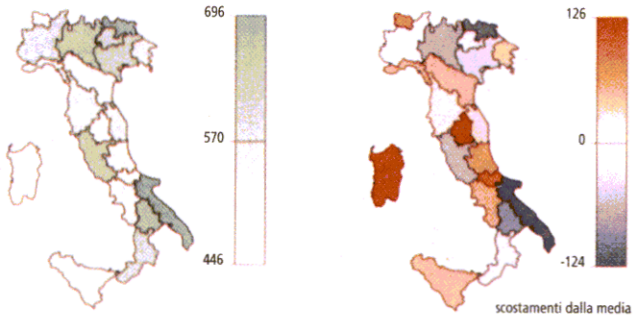
C come sopra, scostamenti dalla media



La percentuale del personale sanitario, con l'esclusione della Calabria, non varia significativamente nel resto delle regioni.
Per il personale amministrativo si osservano variazioni più ampie con un massimo del 14% in Calabria ed un minimo del 8.5% in Friuli V.G.

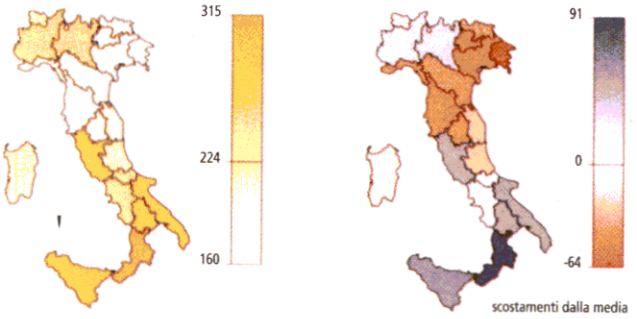
Fig. 2 il personale del S.S.N.: rapporti

A rapporto fra popolazione assistibile e medici (1994)



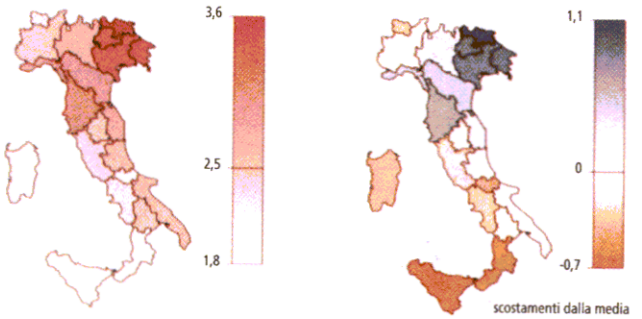
Nel 1994, in media per ogni medico dipendente del S.S.N. ci sono 570 assistibili, contro i circa 584 assistibili nel 1992
Il valore più elevato è presente in Puglia (1 medico ogni 696 assistibili) e nella Provincia autonoma di Bolzano con 1 medico ogni 678; quello più basso in Umbria con 1 medico per 446 assistibili ed in Sardegna con 1 un medico per ogni 453 assistibili.

B rapporto fra assistibili e infermieri (1994)



Per ogni infermiere dipendente dal S.S.N. ci sono circa 224 assistibili, (nel 1992 il rapporto era di 1 infermiere per 230 assistibili)
La Calabria presenta il rapporto più basso con 1 infermiere ogni 412 assistibili, l'Umbria quello più alto con 1 ogni 188 assistibili.

C rapporto fra infermieri e medici (1994)



Per ogni medico dipendente del S.S.N. ci sono 2,5 infermieri, il dato varia nelle singole regioni, risultando più elevato nella provincia autonoma di Bolzano (3,6), in Friuli Venezia Giulia (3,4), nel Veneto e nella provincia di Trento (3,3); i valori più bassi si riscontrano in Sardegna (2,1), in Calabria (1.9) e in Sicilia.

polazione nel suo complesso tramite il controllo dei fattori di rischio presenti nel territorio, collettivi ed individuali, ma anche tramite il controllo delle malattie infettive e diffusive e la profilassi veterinaria.

Il rapporto fra il numero di presidi e la popolazione è più alto al Nord, mentre diminuisce progressivamente andando verso il Centro ed il Sud del Paese, dove, peraltro, troviamo regioni, come la Sardegna e la Basilicata, nelle quali il rapporto è migliore rispetto a quello medio nazionale. Nel confronto pubblico/privato convenzionato si riscontra la mancanza quasi completa di questo tipo di attività nel privato, dove infatti troviamo soltanto 17 presidi che svolgono questa attività (Fig. 3).

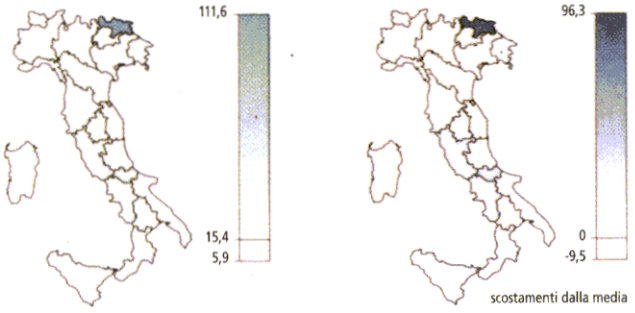
La rilevazione effettuata dal Nucleo di Verifica e Monitoraggio dei Livelli Uniformi di Assistenza, costituito nell'ambito della Conferenza StatoRegioni, fornisce, ad oggi, informazioni parziali su 14 regioni e mostra un'ampia variazione in relazione sia al numero di operatori ogni 10.000 abitanti impegnati nei servizi, sia all'impegno di spesa procapite (rispettivamente fra 1,2 e 15,3 unita e fra 31.000 e 205.000 lire). Quanto detto consente di presumere un sottodimensionamento della dotazione organizzativo-strutturale e finanziaria.

3.4 ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

L'assistenza sanitaria di base ha l'obiettivo primario di promuovere la salute, attraverso attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. In questo paragrafo vengono esaminati i livelli analitici in cui l'assistenza sanitaria di base si articola.

Fig. 3 assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

A rapporto fra presidi pubblici e popolazione (1994)



Il rapporto fra il numero di presidi pubblici preposti alle attività di assistenza sanitaria collettiva e la popolazione residente è migliore nelle regioni del Nord, mentre peggiora progressivamente andando verso il Centro ed il Sud, con la eslusione della Sardegna e della Basilicata.

Assistenza medica di base

L'offerta riguardante l'assistenza medica di base interessa diverse attività rappresentate dalla medicina generale, dalla pediatria di base e dalla guardia medica.

Medicina generale e pediatria: indicatori di risorse e di attività

La medicina generale dovrebbe essere organizzata sulla base dell'attività dei medici generali convenzionati rivolta ad una quota di assistibili al di sopra dei 14 anni; ad essi si affiancano i pediatri di base che vanno a ricoprire la quota degli assistibili con un'età inferiore ai 14 anni. Ciò in realtà non si verifica, in quanto molti assistibili con età inferiore ai 14 anni figurano nelle liste dei medici generali convenzionati.

Si possono notare (Fig. 4) significative differenze nelle varie aree del Paese, con regioni in cui nel 1995 il rapporto assistibili/medico si presenta elevato, ad esempio nella P.A. di Bolzano con 1676 unità ed in quella di Trento con 1.126, ad altre dove si scende al di sotto delle 1.000 scelte, Basilicata (928) e Campania (959).

Nel confronto (Fig. 4) con gli anni precedenti il numero dei medici nel periodo 1992-1993 è rimasto pressochè costante, è diminuito nel 1994 per poi stabilizzarsi nel 1995. Conseguentemente, nel periodo 1992-1995, il rapporto tra assistibili e medici è andato aumentando, passando da 943 a 1.020 assistibili per medico.

L'ampia variabilità a livello nazionale di tale indicatore denota una scarsa omogeneità territoriale, ancora più evidente laddove si hanno indici di vecchiaia più elevati.

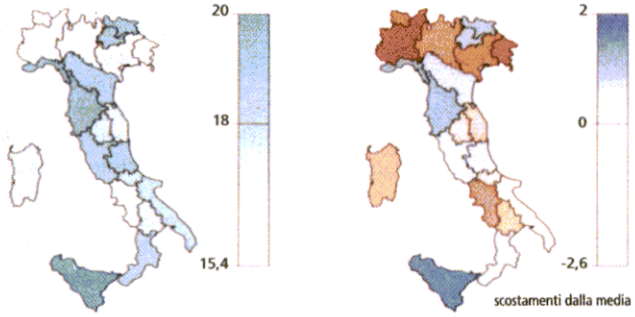
Nel 1995 il numero dei pediatri risulta in leggero aumento rispetto al 1992; il rapporto con gli assistibili, sostanzialmente stabile nel periodo 1992-1995, è nell'ultimo anno di riferimento, di 1380 bambini per medico pediatra (Fig. 5). In media in Italia, nel 1995, si registrano 647 scelte per ogni medico pediatra di base. Anche in questo caso la distribuzione regionale presenta forti disparità: l'Abruzzo con 466 assistiti per pediatra ha il più basso valore, circa 180 scelte al di sotto della media nazionale; il Piemonte, con 872 scelte, rappresenta il valore massimo.

Il rapporto assistibili in età pediatrica/medici pediatri risulta notevolmente più elevato rispetto al numero delle scelte; spicca tra tutte le regioni il Molise che presenta un valore di 4.347 bambini per pediatra a fronte di un numero di scelte pari a 623. La Campania, la Basilicata e la P.A. di Bolzano sono le regioni dove lo scostamento fra assistibili per pediatra è nettamente più accentuato mentre tale scostamento risulta notevolmente meno elevato in Liguria ed in Piemonte.

L'analisi di questi dati permette di concludere che molti assistibili che dovrebbero essere seguiti dal pediatra in realtà vengono seguiti dal medico di medicina generale e questo accade soprattutto nelle regioni del Sud. Liberare questo potenziale consentirebbe di migliorare le attività della medicina di base nei confronti della popolazione.

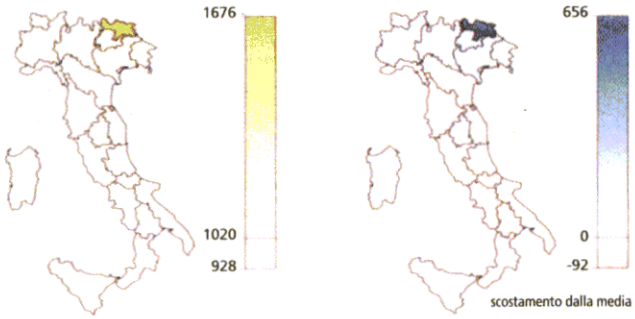
Fig. 4 assistenza sanitaria di base: medicina generale

A anzianità media convenzionale di laurea dei medici di medicina generale (1995)



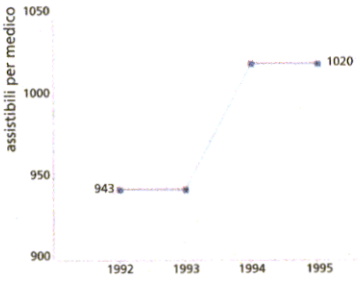
L'anzianità di laurea dei medici generici è in media di 17.5 anni, questo valore non varia particolarmente nelle varie regioni. In Toscana, Liguria e Sicilia l'anzianità media è poco maggiore di 20 anni di laurea. In Piemonte e Friuli V.G. è di circa 15 anni.

B numero di adulti per medico di medicina generale (1995)



I medici di medicina generale nel 1995 presentano un rapporto medio di un medico ogni 1.020 assistibili, tuttavia esiste una certa variabilità regionale. Alcune realtà regionali presentano una relazione fra medico e assistibili elevata come la P.A. di Bolzano con un medico ogni 1.676 assistibili e la P.A. Trento con un medico ogni 1.126 assistibili. In altre si ha un rapporto molto più basso, per ciascun medico convenzionato in Basilicata ci sono 928 assistibili, in Campania 959.

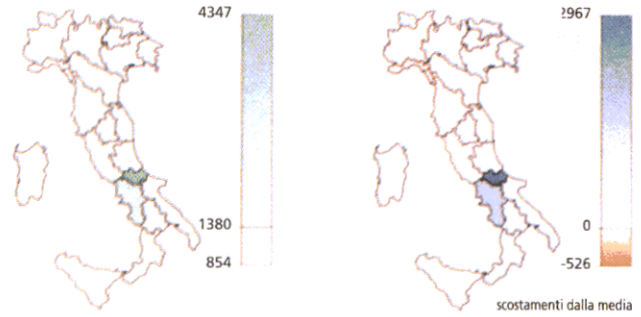
C variazione del numero dei medici di medicina generale e del rapporto con gli assistibili



Il rapporto tra medici e assistibili è rimasto pressoché costante nel periodo 1992-1993; ed è andato aumentando nel periodo 1993/94, passando da un medico ogni 943 assistibili a circa 1/1.020. Nel 1995 non si sono registrate variazioni rispetto all'anno precedente

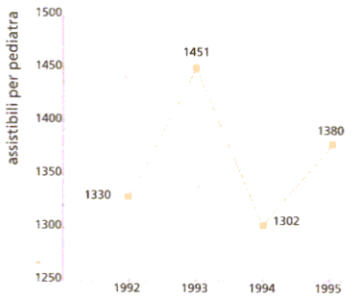
Fig. 5 assistenza sanitaria di base: pediatria

A numero di bambini per medico pediatra (1995)



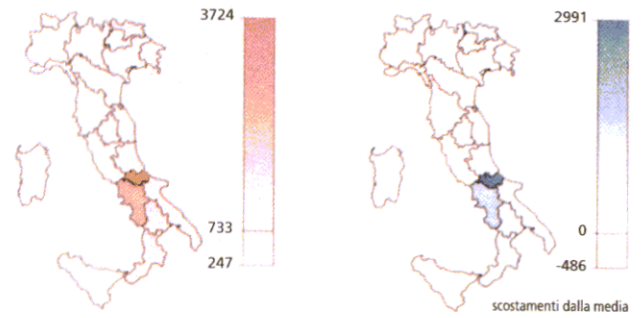
Per ogni pediatra convenzionato con il S.S.N. ci sono quasi 1.400 assistibili (popolazione fra 0 e 14 anni di età). Tale valore tuttavia oscilla notevolmente : in Liguria e Piemonte ad esempio c'è rispettivamente un pediatra ogni 854 e 1.006 bambini, mentre in Molise, Campania e P.A. Bolzano rispettivamente c'è un pediatra ogni 4.347, 2.705 e 1.889 bambini.

B variazione del rapporto fra assistibili e medici pediatri



Il numero dei pediatri ed il loro rapporto con gli assistibili è sostanzialmente stabile nel periodo 1992/95 con un valore di quasi 1.400 assistibili per pediatra, mentre il numero medio delle scelte (647) è aumentato di 77 unità rispetto al 1992.

C differenza fra i rapporti assistibili/pediatri e scelte/pediatri (1995)



La differenza fra il numero di bambini assistibili e quelli effettivamente assistiti dai pediatri convenzionati è dovunque elevata. Spicca il Molise con 4.347 assistibili per pediatra a fronte di un numero di iscritti di 623; seguono la Campania (2.705/624) Calabria (1.804/547) e la Basilicata (1.830/580).
La Liguria, il Piemonte e la P.A. Trento mostrano differenze fra il numero degli assistibili e gli iscritti effettivi molto più basse.

Anche per questo aspetto dell'Assistenza sanitaria di base si riscontrano significativi squilibri regionali e, pur considerando la diminuzione della popolazione infantile che si sta verificando in questi anni, il numero dei pediatri non ha ancora raggiunto un livello ottimale.

Guardia medica: indicatori di risorse e di attività

Occorre ricordare che l'attività di guardia medica viene regolata con normativa locale ed è notevolmente influenzata dalle caratteristiche geomorfologiche del territorio e dalla densità della popolazione. Pur con le avvertenze sopra menzionate, il numero medio di abitanti per ogni punto di guardia medica e per ogni medico addetto evidenzia anche in questo caso (Fig. 6) divergenze non di poco conto fra le varie realtà regionali.

Nelle regioni del Sud del Paese si ha in genere una maggiore presenza di punti di guardia medica rispetto alla popolazione ed anche un rapporto più elevato fra popolazione e medici addetti. L'analisi di tale attività deve comunque tener conto delle molteplici variabili che intervengono, della individuazione dell'effettivo numero di cittadini che gravitano sui diversi punti (che non sono solo i residenti), in relazione anche ai flussi turistici che interessano l'intero Paese e che sono tuttavia molto diversamente distribuiti.

3.5 ASSISTENZA SPECIALISTICA SEMIRESIDENZIALE E TERRITORIALE

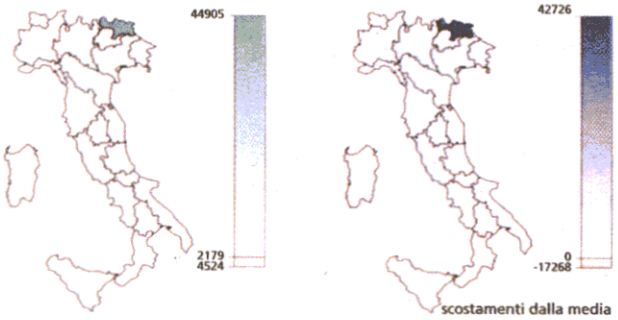
L'assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale si pone l'obiettivo di trattare in sede ambulatoriale, territoriale e semiresidenziale le condizioni morbose e le inabilità mediante interventi specialistici di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, compresi quelli volti alla tutela della salute materno-infantile, prevenzione diagnosi e terapia del disagio psichico e degli stati di tossicodipendenza.

Nel 1994 sul territorio nazionale risultano attivi 24.420 presidi: i presidi privati sono circa il 34% di quelli pubblici. Circa la metà dei presidi è costituita da ambulatori e laboratori (12.139), i quali per oltre il 36% dei casi sono gestiti direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale (Fig. 7-8). Dall'analisi della distribuzione geografica risultano regioni dove il numero delle strutture private supera quelle pubbliche, ad esempio la Sicilia e la Campania, pari rispettivamente al 71,1 ed al 63,3% del totale dei presidi. Evento opposto si verifica in altre regioni come la Lombardia, dove l'83,8%, è rappresentato da presidi pubblici.

Il rapporto tra popolazione assistibile e presidi varia tra regione e regione, con un massimo in Molise (4.048) ed un minimo in Valle d'Aosta (1.065), anche se nell'analisi di tale indicatore occorre tenere ben presente la dislocazione dei presidi stessi, la concentrazione della popolazione, l'orografia, la situazione stradale e dei servizi di trasporto nelle varie regioni.

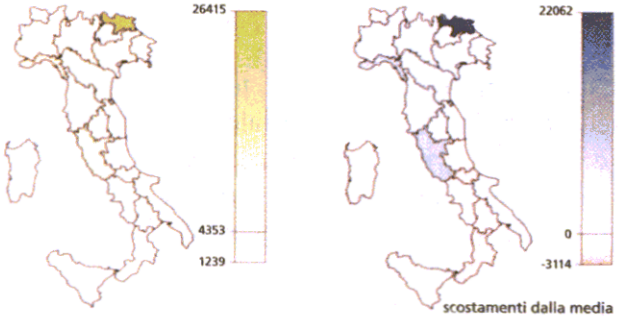
Fig. 6 assistenza sanitaria di base: attività di guardia medica

A rapporto fra punti di guardia medica e popolazione (1995)



In media esiste un punto di guardia medica ogni 20.000 residenti, tuttavia si registrano differenze talvolta notevoli fra le varie regioni.
Non considerando la P.A. di Bolzano, la quale presenta un unico punto di guardia medica, il Lazio è la regione con il più alto numero di residenti per punto di guardia medica (61.000), mentre la Basilicata registra il valore più basso (4.524).

B rapporto fra medici di guardia medica e popolazione (1995)

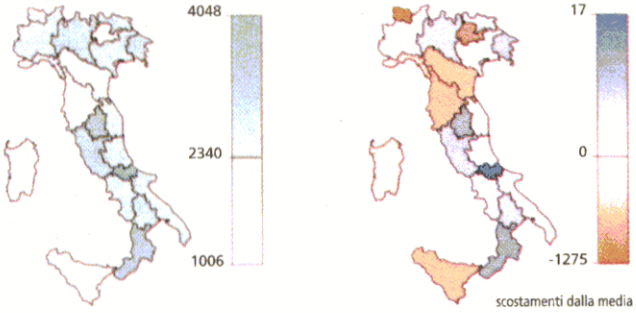


(*) per provincia di Bolzano mancano dati significativi

Anche per quanto riguarda il rapporto fra residenti e medici addetti alla guardia medica si registrano differenze notevoli fra le varie regioni.
In media esiste un medico addetto ogni 4.000 residenti, Nel Lazio si ha un medico per 10.500 residenti, in Liguria un medico/10.000. Le regioni del Sud in generale fanno registare il rapporto più favorevole fra popolazione e medici addetti al servizio.

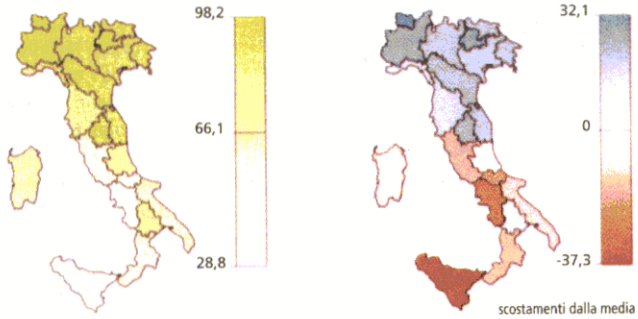
Fig. 7 assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale

A rapporto fra assistibili e presidi (1994)



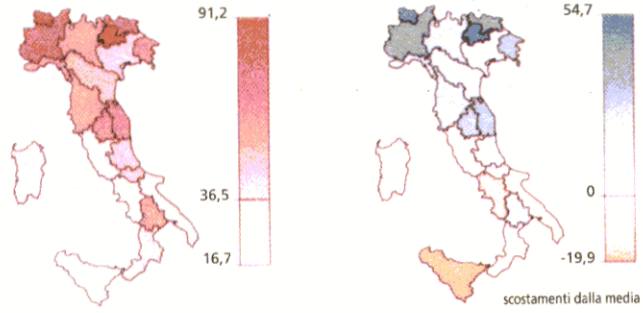
Sul territorio nazionale risultano attivi 24.420 presidi, di cui 12.139 ambulatori e laboratori
Il rapporto tra assistibili e presidi è circa di un presidio ogni 2.300 abitanti, tale rapporto varia notevolmente tra regione e regione, con un massimo in Molise (4048) ed un minimo in Valle d'Aosta (1.065).

B incidenza dei presidi pubblici sul totale (1994)



Tali strutture sono per oltre il 60% pubbliche. In alcune regioni il numero delle strutture private supera quelle pubbliche ad esempio, in Sicilia e in Campania, rispettivamente circa il 70 e il 63% dei presidi sono privati, in Calabria, Puglia Molise circa il 50%.
Nelle regioni del Nord c'è un andamento opposto ad es. in Piemonte il 90% e in Lombardia circa l'80 % dei presidi sono pubblici.

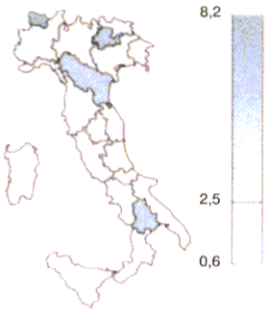
C rapporto fra presidi diagnostici pubblici e privati (1994)



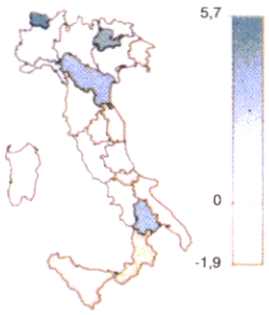
Sul territorio nazionale risultano attivi 12.139 fra ambulatori e laboratori. Tali strutture sono per il 36% pubbliche. Tale rapporto varia notevolmente da regione a regione. Nelle regioni del Nord, con la esclusione del Veneto (40% pubblici) la maggioranza dei presidi diagnostici è pubblica. Nelle regioni del Sud prevale la presenza del privato : in Sicilia l'84%, in Campania l'80% e nel Lazio il 70% di tali strutture è privato.

Fig. 8 assistenza specialistica: alcune tipologie particolari

A rapporto fra donne assistibili in età feconda e consultori materno infantili



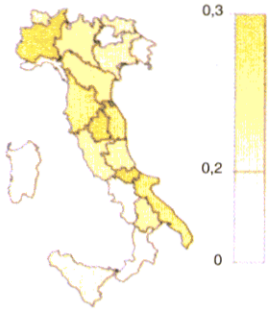
consultori per 10.000 donne



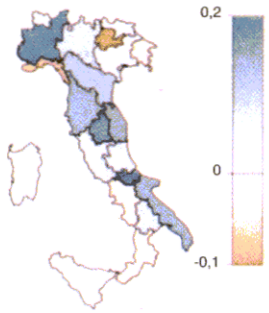
scostamenti dal valore medio nazionale

I consultori materno infantili sono in media presenti con un rapporto di circa un presidio ogni 4.000 assistibili (donne in età feconda 15-49 anni) Tale rapporto varia da regione a regione passando da 1 presidio ogni 17.000 donne in Calabria a 1 ogni 1.213 donne in Valle d'Aosta. Rapporti più sfavorevoli si registrano in Calabria (1/17.000) Sicilia (1/12.000), Molise (1/15.000), Marche (1/8.100).

B presidi per tossicodipendenti e loro rapporto con la popolazione in età 15-59 anni (1994)



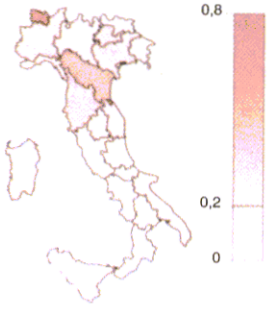
presidi per 10.000 abitanti



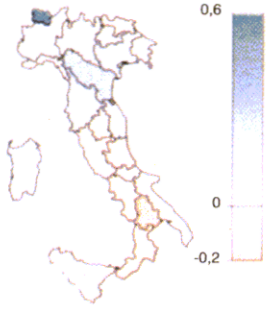
scostamenti dalla media

I presidi per tossicodipendenti dislocati sul territorio nazionale sono circa 540 e in rapporto con la popolazione di età fra 15-59 anni rappresentano una media di un presidio ogni 65.000 residenti circa.Rapporti più favorevoli si registrano nelle regioni del nord : Piemonte (1/39.000), Friuli (1/43.000), Emilia Romagna (1/44.000) mentre nelle regioni meridionali si registrano valori più sfavorevoli.

C servizi territoriali psichiatrici e loro rapporto con la popolazione (1994)



presidi per 10.000 abitanti



scostamenti dalla media

I presidi territoriali psichiatrici dislocati sul territorio nazionale sono circa 1.000 e in rapporto alla popolazione esistono sono in media un presidio ogni 53.000 abitanti circa. Rapporti più favorevoli si registrano nelle regioni del nord: EmiliaRomagna (1/25.000), Toscana (1/32.000, Veneto (1/35.000), mentre per lo più nelle regioni meridionali si registrano valori generalmente più bassi.

Presidi per attività specialistiche

Vengono qui descritti (Fig. 7) i presidi pubblici e privati a seconda della tipologia di presidio o di attività svolta. Nel complesso il rapporto fra servizi pubblici e privati osservato, se si sommano tutti i presidi, si altera profonda- mente, ad eccezione di ben poche regioni, nel settore dei laboratori ed ambulatori, in cui come e peraltro noto la presenza del privato è particolarmente consistente. In questo ambito il dato generale si ribalta ad esempio in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio. In tutte le regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata, la presenza del privato è superiore al pubblico.

Consultori materno-infantili

Piano Sanitario Nazionale ha proposto tra i progetti-obiettivo la tutela materno-infantile che può essere realizzata non solo attraverso la prevenzione e l'educazione sanitaria rivolta alla collettività ed al singolo, ma anche con una migliore efficienza dei servizi, che si realizza con un funzionamento continuo, e soprattutto con una maggiore umanizzazione degli stessi. Nella (Fig. 8- A) si evidenzia la diversa distribuzione della presenza dei consultori sul territorio nazionale. È importante notare come il rapporto con la popolazione, rappresentata in questo caso dalle donne in età feconda (15-49 anni), vari da regione a regione passando da 1 presidio ogni 17.000 in Calabria a 1 su 1.200 in Valle d'Aosta; anche in questo caso la differenziazione tra Nord-Sud risulta evidente.

La distribuzione di consultori sul territorio nazionale si presenta complessivamente soddisfacente; il rapporto infatti è di uno per circa quattromila donne in età feconda.

Presidi per tossico-dipendenti

Le attività che si attuano in questi presidi sono rivolte alla cura e riabilitazione dei soggetti con problemi di dipendenza da droghe; tali prestazioni sono erogate mediante i SERT e in regime semiresidenziale.

I valori regionali (Fig. 8 – B) si distribuiscono attorno al valore medio nazionale presentando forti differenze di segno opposto, con punte massime e minime molto distanti dal valore medio.

Presidi per assistenza psichiatrica territoriale

L'assistenza psichiatrica territoriale è costituita dal complesso degli interventi specialistici erogati mediante i servizi territoriali psichiatrici.

La situazione mostra forti squilibri e ritardi nell'applicazione della Legge 180/78 (Fig. 8 – C), con valori regionali che si distribuiscono attorno al valore medio nazionale presentando forti differenze di segno opposto.

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera tratta condizioni patologiche che, non potendo essere affrontate in ambulatorio o a domicilio, necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza. Essa viene erogata attraverso alcune modalità di accesso: il ricovero di urgenza e di emergenza, il ricovero ordinario programmato o di Day hospital, la ospedalizzazione domiciliare e infine il trattamento sanitario obbligatorio.

Dati anagrafici degli istituti di cura

Nel 1994 il numero degli Istituti è risultato 1787, di cui il 63% pubblici (Fig. 9 – A). Analizzando la distribuzione regionale la Lombardia è la regione con il più alto numero di Istituti pubblici (152, il 13.5%), mentre la Valle d'Aosta ne presenta soltanto 1. Per quanto riguarda le Case di cura convenzionate e non, è il Lazio la regione con il più alto numero (123,18%), ma in generale le regioni del Centro e del Sud presentano un numero consistente di Istituti privati ed in Campania il numero è maggiore di quelli pubblici.

Nell'anno 1995 il numero degli istituti è diminuito (1.738), e ciò è dovuto sostanzialmente alla costituzione delle aziende ospedaliere, ciascuna delle quali può avere accorpato più di un istituto riorganizzando e ridistribuendo i reparti di degenza, ed inoltre alla chiusura e riconversione di parte dei piccoli istituti e di quelli psichiatrici.

Nella Fig. 9-B viene presentata la distribuzione regionale dei posti letto, pubblici e convenzionati, secondo l'incidenza di alcuni tipi di spedalizzazione sul totale dei posti letto.

Nella Fig. 10 viene presentata la distribuzione regionale dei posti letto pubblici e privati convenzionati rapportati alla popolazione. L'Abruzzo e la P.A. di Trento sono le regioni a più elevato valore, 8,9; è da notare inoltre la situazione anomala del Lazio che, su un valore totale di 8,2, presenta il valore più elevato per la componente privata, 3,2. Non prendendo in considerazione la Valle d'Aosta, perchè manca di strutture private, la Campania risulta la regione con il più basso valore di posti letto: 5,6 su 1000 abitanti Confrontando il numero dei posti letto nelle strutture pubbliche e private nel periodo 1992-1995 esso è rimasto sostanzialmente stabile nel totale, ma si nota una tendenza all'aumento dei posti letto nelle strutture convenzionate a discapito di quelli nelle strutture pubbliche (Fig. 10).

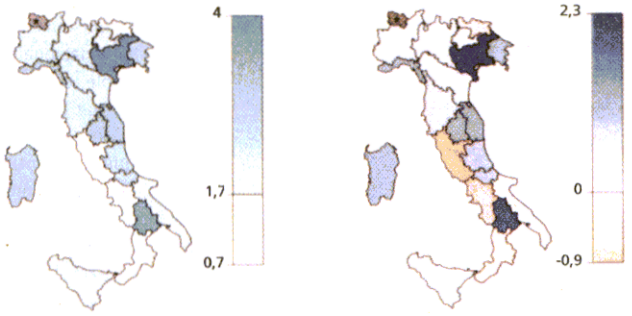
La semplice distribuzione dei posti letto, indipendentemente dalla loro utilizzazione, mostra innanzitutto una presenza in eccesso, rispetto ai parametri indicati come ottimali e tenendo anche conto di un notevole sviluppo, come vedremo più avanti, del Day Hospital. Lo squilibrio in eccesso rispetto al parametro di riferimento di 5,5 per 1000 abitanti è interamente imputabile all'eccesso di posti letto nel settore dell'assistenza ospedaliera per acuti, ove in media nazionale si registra un valore pari a 5,6 per mille abitanti, rispetto ad un parametro di riferimento di 4,5. Tale tendenza è diffusa su tutto il territorio nazionale ad eccezione della

assistenza ospedaliera

Fig. 9

rapporto fra istituti di cura pubblici e privati convenzionati (1994)

A



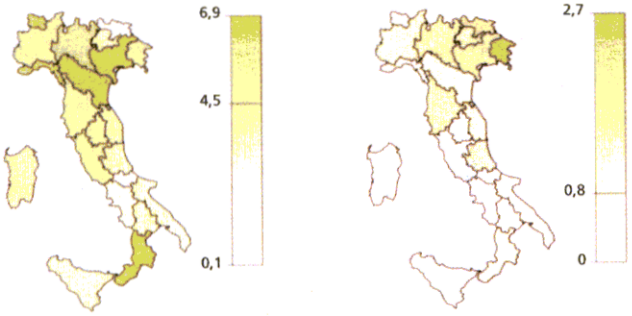
(*) la Val d'Aosta non ha case di cura convenzionate

scostamenti dalla media

Gli Istituti di cura pubblici e le Case di cura convenzionate sono 1.787 su tutto il territorio nazionale (1994) di cui il 63% sono pubblici. Nel 1995 si riscontra una diminuzione di circa 50 unità. Il Veneto è la regione con il più alto numero di Istituti pubblici rispetto a quelli privati convenzionati (4,1), seguono poi la Basilicata con 3,7/1, le Marche e l'Umbria con un rapporto di 2,8/1. In generale le regioni del centro e del sud hanno un numero consistente di istituti privati convenzionati con rapporti particolarmente bassi nel Lazio (0,77), Campania (0,9) e Calabria (1,22).

incidenza di alcuni tipi di spedalizzazione sul totale dei posti letto, pubblici e convenzionati (1994)

B



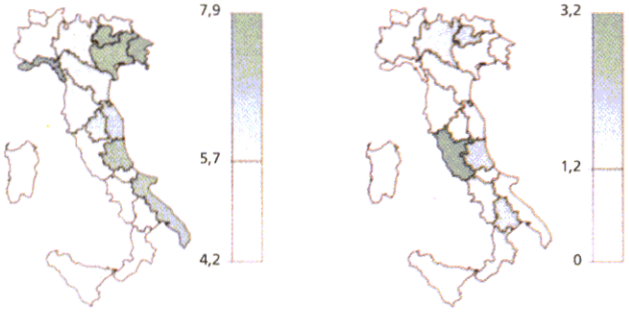
day-hospital

pubblici a pagamento

La percentuale dei posti letto destinati ad attività di day hospital rappresenta in media il 4,5 % del totale. Tuttavia si registrano variazioni notevolissime: nella P.A. di Bolzano risulta un valore dello 0,15 %, nel Molise lo 0,68 % dei posti letto è destinato a tali attività, in altre regioni si registrano valori molto più elevati. La Calabria con il 6,8 del totale, l'Emilia Romagna (6,6 %) e il Veneto (6,3 %) risultano le regioni con una maggiore percentuale dei posti letto destinati a day-hospital. La percentuale dei posti letto pubblici a pagamento rappresenta in media lo 0,76 % del totale, con variazioni notevolissime nelle regioni: in Umbria, Molise, Basilicata e Valle d'Aosta non risultano attivati posti letto a pagamento. In generale nelle regioni del sud la percentuale è molto bassa, mentre il Friuli con il 2,7 %, la P.A. di Bolzano con 1,82 % e il Veneto con l'1,4 % presentano la maggiore percentuale di posti attivati.

Fig. 10 assistenza ospedaliera: la dotazione di posti letto

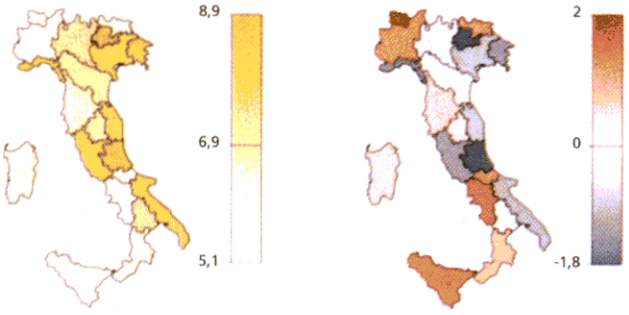
A rapporto fra posti letto e popolazione (1994)



pubblici per 1000 abitanti — convenzionati per 1000 abitanti

Il numero dei posti letto pubblici ogni 1.000 abitanti è di 5,7 a livello nazionale. A livello delle singole regioni la situazione varia dai valori della Liguria (7,9) e del Friuli V.G. (7,5) a quelli presenti in Campania (4,2). La media nazionale dei posti letto convenzionati è 1,2; al di là del dato del Lazio che, con 3,2, presenta il valore più elevato, tutte le altre regioni hanno dati sostanzialmente simili andando dallo 0,4 della Liguria all'1,7 dell'Abruzzo.

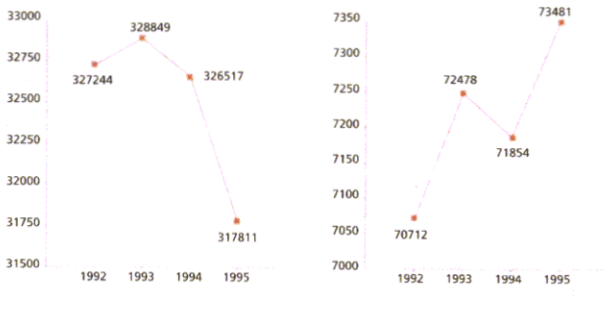
B posti letto (pubblici e convenzionati) in rapporto alla popolazione (1994)



posti letto per 1000 abitanti — scostamenti dalla media

Nel considerare complessivamente i posti letto pubblici e convenzionati, il dato medio nazionale è di 6,9. L'Abruzzo e la P.A. di Trento, con 8,9, sono quelle che più si discostano dalla media, il rapporto minore è quello della Campania (5,6). Comunque ritroviamo regioni del nord, Piemonte (5,9) e P.A. di Bolzano (6,03) al di sotto della media nazionale, come anche regioni del sud, Puglia (7,9) e Basilicata (7,2) al di sopra.

C variazione dei posti letto pubblici e convenzionati



posti letto pubblici — posti letto convenzionati

Nel periodo 1992-95 il totale dei posti letto rimane sostanzialmete stabile -oltre 390.000 nel 1995 - tuttavia quelli pubblici sono diminuiti di circa 9.000 unità, mentre sono aumentati di circa 2.500 unità nel settore convenzionato.

regione Campania. Nella riorganizzazione del servizio sanitario nazionale, ancora in atto, la conseguente ristrutturazione della rete ospedaliera porterà certamente alla riduzione della differenza del numero di posti letto fra strutture potenziali e strutture effettivamente utilizzate per l'attività di ricovero. I dati del sistema informativo in effetti confermano la tendenza alla razionalizzazione della rete ospedaliera.

Tuttavia, considerando i soli posti letto effettivamente utilizzati, si verifica ugualmente, nella situazione attuale, un surplus di posti letto rispetto al parametro di riferimento. La dotazione di posti letto per la attività di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza risulta invece sensibilmente inferiore al parametro di riferimento individuato in 1 per mille abitanti. Infine la dotazione di posti letto equivalenti per le attività di Day Hospital, la quale secondo le indicazioni del PSN 94-96 dovrebbe essere al dieci per cento dei posti letto per acuti, risulta prossima al cinque per cento. Ciò è comune a tutto il Paese. L'indice per mille non può essere assunto come unico riferimento per elementi di riequilibrio in quanto occorre conoscere gli effettivi bacini di utenza degli istituti di cura. Quanto detto non inficia, tuttavia, il dato di una eccessiva presenza dell'ospedale in una situazione in cui la maggior parte dei servizi e delle strutture si presenta carente.

Il predominio delle attività ospedaliere è confermato da una considerevole presenza di istituti privati, il cui patrimonio in posti letto è quasi pari ad un quinto di quello pubblico; di significativo interesse anche il fatto che essi si concentrano soprattutto in alcune aree del Paese.

Nella Fig. 11 vengono presentati per disciplina ospedaliera – sulla base dei posti letto, del numero dei degenti, delle giornate di degenza e del numero degli interventi chirurgici effettuati negli Istituti di cura pubblici e convenzionati – la durata media della degenza, il rapporto fra ricovero ed interventi ed il tasso di occupazione.

Nella Fig. 12 vengono illustrati l'andamento della disponibilità dei posti letto e il numero dei degenti nelle quattro discipline di base negli Istituti pubblici e privati, nel periodo 1992-1995.

Il numero totale dei posti letto per le singole discipline (circa il 45% del totale letti) è diminuito. Nella Chirurgia generale e nella Medicina generale il numero dei degenti è pressochè stabile, mentre nella Ginecologia ed Ostetricia e Pediatria è diminuito. Ad una generalizzata diminuzione dei posti letto nell'area delle discipline di base (chirurgia, medicina, ginecologia e pediatria) si è riscontrato, nel periodo 1992-1995, un significativo aumento dei posti letto nell'area dell'emergenza e della riabilitazione. Tale tendenza indica un tangibile sforzo delle strutture sanitarie pubbliche a riequilibrare la dotazione di posti letto in base alle reali esigenze operative. Rimane in parte, per le discipline cosiddette di base, uno squilibrio interno considerevole, dovuto presumibilmente a precedenti sviluppi non ancora adeguatamente ridimensionati alla luce dei cambiamenti strutturali della popolazione.

Le degenze complessivamente registrate, nel 1995, in queste quattro discipline (1.553.602 per la Chirurgia generale, 1.807.976 per la Medicina generale, 1.064.123 per la Ginecologia ed Ostetricia e 459.855

Fig. 11 analisi della degenza negli ospedali pubblici e convenzionati

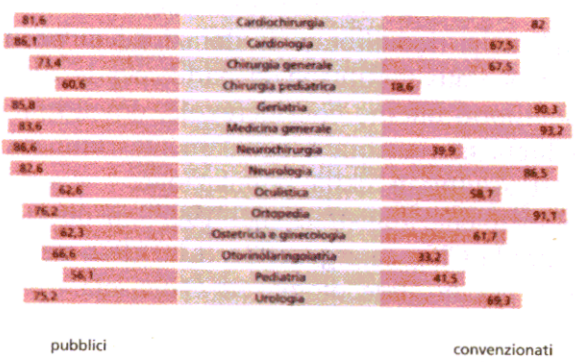
A durata media della degenza nelle principali discipline (1995)

Le discipline che presentano le degenze di maggiore durata sono le stesse sia nel settore pubblico che nel convenzionato, tuttavia la differenza della durata della degenza media nei due settori è notevole.
Nel settore pubblico si registra nella geriatria, una degenza media di 13 giorni, nella neurologia e medicina generale una media di 10 giorni, nel settore convenzionato si hanno rispettivamente medie di circa 21, 27 e 13 giorni di degenza .

B rapporto fra interventi e ricoveri, nelle principali discipline (1995)

La percentuale di ricoveri seguita da un intervento non presenta, in generale particolari differenze nelle singole discipline fra il settore pubblico ed il convenzionato,
Le specialità che presentano il rapporto più basso sono la ortopedia e la ostetricia (con il 50-60% di interventi), nei reparti di oculistica invece l'80-90 % dei ricoveri è seguita da intervento. Nei reparti di chirurgia generale si ha un 60-70% di interventi.

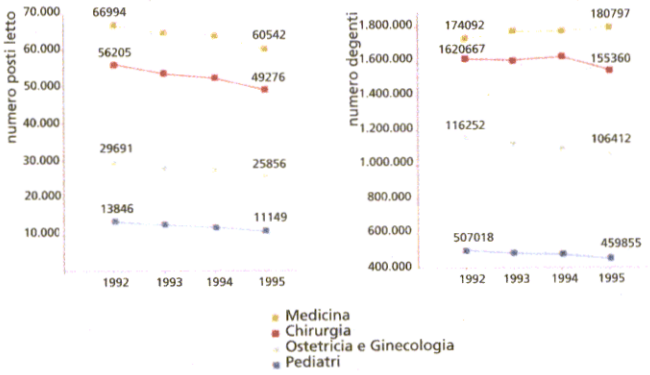
C tasso di occupazione dei posti letto, nelle principali discipline (1995)



Nelle strutture pubbliche i tassi di occupazione minori si registrano nella pediatria (56,1%), nella oculistica (62,6) e nella ostetricia e ginecologia (62,3%), i tassi maggiori nella neurochirurgia (86,6%), cardiologia (86,1) e geriatria (85,8). Nel settore convenzionato si registrano tassi di occupazione maggiori del settore pubblico, tuttavia la chirurgia pediatrica (32), la neurochirurgia (40) e l'OTR (40) presentano tassi di occupazione notevolmente inferiori rispetto ai reparti pubblici.

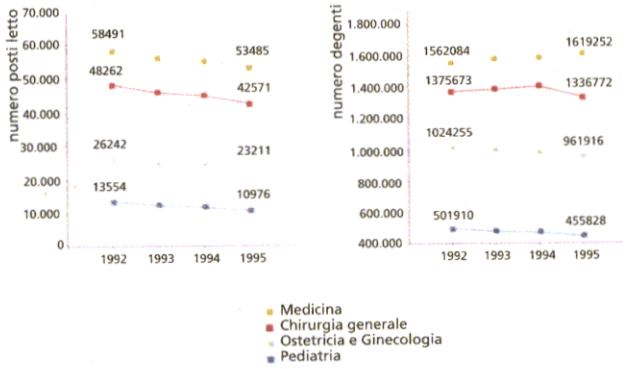
Fig. 12 assistenza ospedaliera

A variazioni nei posti letto e nei degenti, negli istituti pubblici e convenzionati



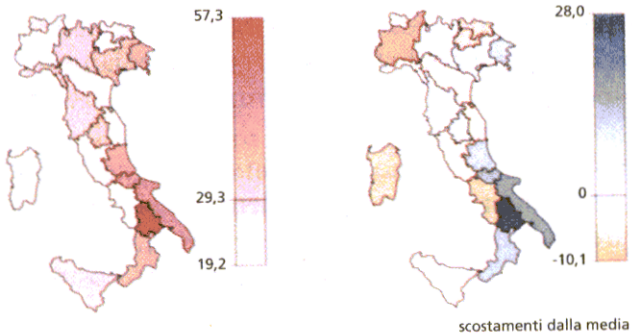
Nel periodo 92-95 il totale dei posti letto disponibili (pubblici e convenzionati) è diminuito nella quattro discipline 'di base' : Chirurgia generale - 7.000 p.l., Medicina generale - 6.500 p.l., Ginecologia ed Ostetricia - 4.000 e Pediatria - 3.000,
Il totale dei degenti è lievemente aumentato nella Medicina generale (+60.000 pazienti) diminuito nella Chirurgia generale (- 80.000), Ginecologia ed Ostetr. (-100.000) e Pediatria.(- 40.000).

B variazioni nei posti letto e nei degenti, nei soli istituti pubblici



Nel settore pubblico il trend della variazione nel periodo 92-95 dei degenti e dei posti letto è analogo a quello descritto per il settore nel suo complesso.

C percentuale di pazienti ricoverati sul totale dei transiti al pronto soccorso (1994)



La percentuale delle prestazioni di Pronto Soccorso seguite da ricovero varia notevolmente da regione a regione: in Basilicata il 57% degli interventi di PS è seguito da ricovero, in Puglia il 44%, in Molise il 40% e in Abruzzo il 37%; in Piemonte solo il 19% dei pazienti giunti al Pronto Soccorso viene ricoverato, in Sardegna e Campania il 22% nella Marche e nel Lazio il 24%.

per la Pediatria, per un totale di 4.885.556) rappresentano circa il 50% delle degenze totali: ciò fa desumere che vi sia una stretta correlazione fra offerta di posti letto e domanda di ricovero, e che parte dei ricoveri effettuati nei reparti delle discipline di base siano ricoveri impropri.

Attività di Pronto soccorso

Il rapporto accessi/ricoverati mostra un'eccessiva variabilità tra le regioni (Fig. 12), ad indicare che la funzione di tali presidi ed i criteri di funzionamento sono indubbiamente differenziati, assolvendo chiaramente a bisogni diversi: di preospedale, per l'ammissione in degenza; di prestazioni occasionali per piccole necessità che potrebbero essere effettuate dai presidi e dai medici di territorio. senza accedere ai nosocomi.

Mobilità ospedaliera

Il numero di pazienti ricoverati in strutture esterne alla regione di residenza costituisce un indicatore inversamente proporzionale alla effettiva accessibilità ai servizi ospedalieri a livello nazionale. Il numero di casi trattati in istituti di cura esterni alla regione di residenza è pari a 9,9 per 1000 abitanti; i valori relativi alle singole regioni oscillano ampiamente entro un intervallo compreso fra 5,1 della Sardegna e 41,9 della Basilicata (Fig. 13).

Analizzando la mobilità ospedaliera emerge che tutte le regioni dell'Italia meridionale ed insulare, ad eccezione del Molise, hanno uno scostamento negativo tra le importazioni e le esportazioni: i residenti di queste regioni, in particolar modo la Basilicata e la Calabria, fanno fortemente ricorso a strutture ospedaliere extraregionali. Le restanti regioni, tranne Piemonte, Valle d'Aosta e P.A. di Trento hanno uno scostamento positivo: le importazioni superano le esportazioni.

Personale ospedaliero

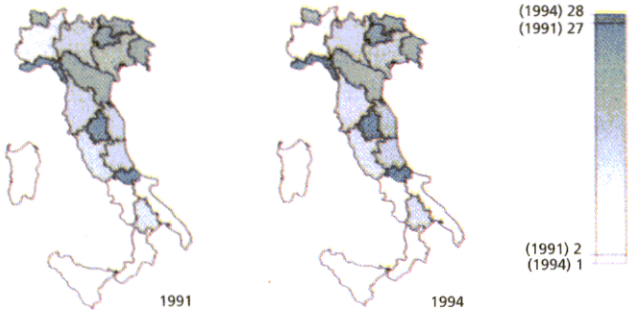
Nel 1994 il personale operante nelle strutture pubbliche ammontava a circa 550.000 unità di cui il 17,7% costituito da medici, il 43,0% da personale infermieristico e il restante 39,3% comprensivo del personale amministrativo e tecnico e delle altre figure appartenenti al ruolo sanitario.

Dall'analisi dei dati condotta prendendo in esame i soli posti letto effettivamente utilizzati per le attività di ricovero risulta che, a livello nazionale, le strutture ospedaliere pubbliche dispongono mediamente di un medico per ogni 3 posti letto e di otto infermieri ogni 10 posti letto.

Per un'analisi di tipo territoriale sono stati presi in esame tre indicatori: medici per posto letto, infermieri per posto letto e personale totale per posto letto. Dei tre indicatori quello per il quale si denota una forte variabilità a livello regionale è il numero di medici per posto letto

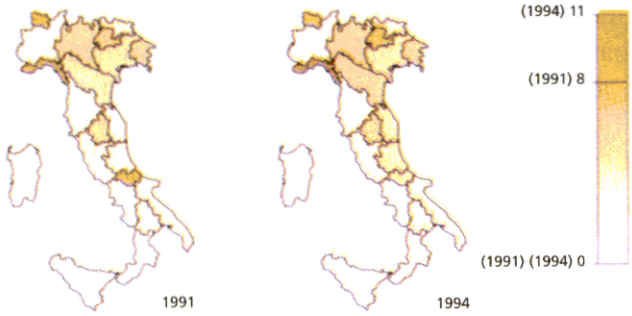
Fig. 13 indice di attrazione

A ricoveri erogati a residenti fuori regione - tutte le specialità



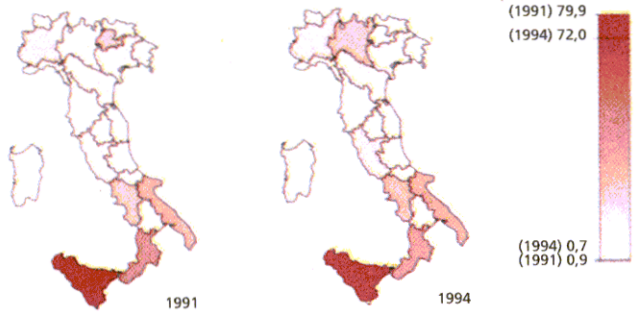
Il numero dei pazienti ricoverati in strutture esterne a quelle della regione di residenza si presenta nel periodo 1992/95 sostanzialmente stabile - circa 500.000 pazienti all'anno !- presentando anzi un leggero aumento. La situazione nelle singole regioni risulta variabile. In alcune si assiste ad un aumento dei ricoveri, soprattutto nelle 2 Provincie Autonome (+3 ricoveri/1000 ab.).

B ricoveri erogati a residenti fuori regione - specialità non di base



Partendo dalla considerazione che almeno le specialità di base debbano essere soddisfatte nella propria regione, sono state prese in esame le altre specialità. Questo ha messo in evidenza una situazione di sostanziale stabilità del fenomeno ad eccezione della Liguria dove si ha un aumento di 3 ricoveri/1000 ab. e dell'Abruzzo che ha presentato una diminuzione del 50% dei ricoveri passando da 8 a 4 ricoveri/1000 ab.

C il disagio della mobilità: ricoveri pesati con la distanza



Il disagio della mobilità è misurato in base alla distanza che i cittadini affrontano per avere le necessarie cure. Un dato equivalente a "0" indica che tutta la domanda è soddisfatta nella propria regione. I cittadini residenti in Sicilia, Calabria, Campania, Puglia, e Sardegna hanno il massimo disagio rispetto ad altri individui residenti in regioni soprattutto del nord dove la domanda di accesso negli Istituti di Cura viene interamente soddisfatta nell'ambito della propria regione.

(0,32 medici per posto letto il valore medio); la regione che presenta il valore più alto è la Campania, seguita dal Lazio e la Valle d'Aosta; mentre la P.A. di Trento presenta l'indice più basso. Il valore nazionale degli infermieri per posto letto è di 0,82; in particolare si evidenzia la situazione della regione Campania che presenta un infermiere per posto letto.

Nel 1995 il trend relativo al personale ospedaliero pubblico è in leggero aumento in particolar modo per quanto riguarda il numero dei medici. Il personale delle Aziende ospedaliere ammonta a circa 128.000 unità di cui 16,5% medici e 42,1% infermieri. Il personale operante presso gli istituti psichiatrici residuali ammonta a circa 10.000 unità che a seguito della chiusura di tali strutture dovrà essere, nel corso del 1997, ridistribuito nell'ambito delle strutture del S.S.N.

3.7 ASSISTENZA SANITARIA RESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E LUNGODEGENTI STABILIZZATI

L'Assistenza sanitaria residenziale a persone non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati si propone di promuovere il recupero e soprattutto il reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, degli anziani, dei soggetti non autosufficienti, ma anche la prevenzione dell'invalidità correlata alle presenza di patologie croniche. La rilevazione del Nucleo di Valutazione e Monitoraggio dei Livelli Uniformi di Assistenza ha fornito alcune informazioni relativamente alle strutture residenziali per anziani e le comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Presidi per l'assistenza agli anziani

Si pongono l'obiettivo di realizzare l'assistenza residenziale ad anziano, attraverso l'assistenza sanitaria di base e riabilitativa dei soggetti degenti in strutture residenziali. Passando a considerare la situazione a livello regionale, alcune non presentano presidi, nonostante la presenza di un numero elevato di soggetti anziani; la P.A. di Trento, la Lombardia e il Veneto sono le regioni che dispongono del maggior numero di posti letto in strutture residenziali per anziani.

Dalle cifre si rileva, inoltre, una grande variabilità tra regioni che offrono questo tipo di assistenza per quel che riguarda la spesa procapite che passa da un valore minimo di 29.000 lire del Molise ad un valore massimo di 593.000 lire della P.A. di Trento.

Comunità terapeutiche per tossicodipendenti

Si pongono l'obiettivo di realizzare l'assistenza residenziale ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche, attraverso l'assi- stenza sanitaria di base e riabilitativa.

Analizzando le informazioni provenienti dalle 14 regioni rispondenti, risulta che l'Emilia Romagna e la Lombardia, con una disponibilità rispettivamente di 1,91 e 1,79 posti letto per 1000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni, sono le regioni con la maggior offerta assistenziale in comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Anche in questo caso, la spesa procapite presenta una forte variabilità a livello regionale con un picco registrato nella regione Liguria con 90.000 lire per abitante nella fascia d'età di riferimento.

3.8 LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è stata istituita con il decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991, quale parte integrante della cartella clinica e strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Le informazioni rilevate attraverso la S.D.O. sono finalizzate a descrivere i seguenti aspetti essenziali del ricovero ospedaliero:

i motivi che hanno determinato il ricovero, rappresentati dalla diagnosi principale di dimissione – ovvero, dal problema clinico principale trattato nel corso del ricovero – e dalle eventuali diagnosi concomitanti e/o complicanti;

le tipologie di trattamento adottate nel corso del ricovero, descritte sinteticamente dagli eventuali interventi chirurgici e dalle principali procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate;

l'esito complessivo del trattamento, descritto attraverso lo stato del paziente al momento della sua dimissione e la sua destinazione dopo la dimissione.

Le caratteristiche informative della S.D.O., che la differenziano dagli strumenti informativi precedentemente in vigore, sono le seguenti:

il contenuto informativo ampio e standardizzato;

la esaustività della rilevazione;

la rilevanza medico-legale della S.D.O., che, in quanto parte integrante della cartella clinica, «...è un atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico...».

Il decreto del Ministro della Sanità 26 luglio 1993 ha attivato il flusso informativo relativo alle schede di dimissione ospedaliera, prevedendo la trasmissione, con periodicità trimestrale, delle informazioni in esse raccolte dai singoli istituti di cura pubblici e privati alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza e da queste al Ministero della Sanità. Le informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera costituiscono, ai diversi livelli di governo del S.S.N., il supporto per i processi di programmazione, gestione, valutazione e controllo dell'attività ospedaliera. Esse forniscono inoltre una preziosa fonte di

conoscenza del profilo epidemiologico della popolazione. Il significato e la finalità della scheda di dimissione ospedaliera risultano ulteriormente enfatizzate in seguito alla attivazione delle nuove modalità di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Infatti, il decreto del Ministro della Sanità 15 aprile 1994 ha definito come prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti i singoli episodi di ricovero, conferendo pertanto alla scheda di dimissione ospedaliera il significato di fonte informativa necessaria anche per l'individuazione e la classificazione delle singole prestazioni di assistenza ospedaliera.

Il Ministero della Sanità pubblica annualmente un'ampia sintesi dei dati rilevati attraverso le schede di dimissione, sia allo scopo di fornire agli istituti di cura ed alle aziende sanitarie i valori di riferimento necessari per realizzare le attività di controllo interno ed esterno, sia allo scopo di monitorare il complessivo andamento del sistema ospedaliero nel nostro Paese. Nel triennio 1993-1995 il flusso di tali informazioni è progressivamente incrementato passando dai circa 4 milioni di schede inviate da 9 Regioni nel 1993 ai quasi 9 milioni di schede trasmesse nel 1995 da tutte le Regioni con la sola esclusione della Puglia. Dall'esame dei dati disponibili si rileva che:

le attività di assistenza ospedaliera per acuti in regime ordinario sono state erogate nel corso del 1995 per l'89,6 % dalle strutture pubbliche e «non profit», per il 10,4% dalle case di cura private, con ampi margini di variazione fra le diverse regioni;

la degenza media complessiva della casistica trattata in regime ordinario dagli istituti di cura pubblici e «non profit» risulta pari a giorni 8,0; per le case di cura private la corrispondente degenza media risulta pari a 9,7;

le attività di riabilitazione risultano erogate per il 59,2% dalle strutture di ricovero pubbliche e «non profit», con una degenza media complessiva pari a giorni 22.7, per il 40,8% dalle case di cura private, con una degenza media complessiva pari a 33.2;

i ricoveri di lungodegenza sono erogati per il 67,3 % dagli istituti pubblici – con una degenza media complessiva pari a giorni 25,4, per il 32,7 % dalle case di cura private – con una degenza media complessiva pari a giorni 43.4;

l'87.7% dei casi dimessi dai reparti per acuti sono stati trattati in regime ordinario; il 12,3% dei casi sono stati trattati in ricovero diurno.

Per quanto riguarda, in particolare, la «chirurgia di un giorno», la somma dei casi trattati in regime di ricovero diurno e dei casi trattati con durata di degenza inferiore a 48 ore risulta attualmente pari al 16,2% del complesso della casistica chirurgica.

I ricoveri di riabilitazione sono erogati in regime di ricovero diurno nel 7% dei casi, a cui corrisponde il 2,8% delle giornate complessivamente erogate.

La classificazione della casistica ospedaliera secondo il sistema D.R.G. (Diagnosis Related Groups) consente di rappresentare l'attività degli istituti di cura secondo modalità che associano alla sostanziale

coerenza dal punto di vista clinico una rilevante capacità sintetica: infatti, tutta la casistica ospedaliera è raggruppata in 489 classi di pazienti, definite essenzialmente sulla base della diagnosi principale di dimissione e degli interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso del ricovero.

L'utilizzo del sistema di classificazione dei D.R.G. consente, pertanto, sia di rappresentare esaustivamente la casistica mediante modalità di rappresentazione sufficientemente sintetiche, sia valutare la performance degli istituti di cura, attraverso la comparazione della degenza media specifica per D.R.G., in quanto il sistema D.R.G., per logica costitutiva, è fortemente connotato dalla omogeneità nel consumo delle risorse richiesto per il trattamento dei pazienti raggruppati in una stessa classe.

La maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti nell'anno 1995 sono state attribuite, in ordine decrescente di frequenza, ai seguenti grandi raggruppamenti diagnostici:

malattie dell'apparato cardiocircolatorio (12,5%);
malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12,3%);
malattie dell'apparato digerente (10,9%);
gravidanza, parto e puerperio (7,5 %);
malattie del sistema nervoso (7,2%).

Complessivamente considerate queste cinque grandi categorie descrivono la metà dei ricoveri per acuti trattati negli istituti di cura nel corso del 1995.

I singoli gruppi diagnostici maggiormente frequenti nella casistica trattata nel 1995 negli istituti di cura per acuti in regime di ricovero ordinario sono i seguenti: parto vaginale (3,2% del totale dei ricoveri); miscellanea di malattia dell'apparato digerente (2,2%); interventi chirurgici sul cristallino (2,0%); affezioni mediche del dorso (1,8%); interventi per ernia inguinale e femorale (1,3%); malattia polmonare cronica ostruttiva (1,3%).

Nella specifica tabella dell'allegato statistico sono riportate le diagnosi che risultano determinare con maggiore frequenza il ricorso al ricovero ospedaliero.

PAGINA BIANCA

4. La spesa

PAGINA BIANCA

4.1 PREMESSA

Questo capitolo analizza la spesa sanitaria pubblica relativa al periodo 19921995, ovvero al periodo immediatamente precedente l'attuazione del riordino del S.S.N. previsto dai decreti legislativi 502/92 e 517/93.

La conoscenza e la comprensione dei fenomeni principali che caratterizzano la spesa sanitaria in quel periodo costituisce un prerequisito importante per l'impostazione e lo svolgimento di un governo efficace del nuovo assetto organizzativo-finanziario del S.S.N. In particolare, dato il forte decentramento decisionale che contraddistingue il nuovo disegno del S.S.N., è importante riconoscere le variazioni interregionali riscontrabili nell'andamento e nella composizione della spesa sanitaria e cercare di individuarne i principali fattori sottostanti. Il capitolo rappresenta un tentativo di costruire un «ponte» fra la situazione del passato e quella del futuro del S.S.N. e si basa principalmente su di una ricostruzione retrospettiva della spesa sanitaria pubblica associata alle diverse categorie di prestazioni di assistenza considerate nella programmazione sanitaria nazionale e regionale. Tale ricostruzione viene effettuata tramite la combinazione di dati sulle spese, sull'utilizzo delle risorse fisiche ed umane e sulle attività da parte dei servizi sanitari regionali, con riferimento alla logica dei livelli di assistenza impiegati per il calcolo della quota capitaria su cui si basa la ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

Il capitolo comincia con un breve esame della spesa sanitaria pubblica nel suo complesso e procede, dapprima, con una valutazione della spesa ricostruita relativamente ai tre livelli di assistenza per i quali si sono potute ricostruire retrospettivamente le spese e, quindi, con un'analisi più tradizionale della spesa per le restanti principali aree di assistenza, ossia l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'altra assistenza.

4.2 LA SPESA SANITARIA PUBBLICA COMPLESSIVA

Nel 1992, la spesa corrente complessiva del S.S.N. ammonta a 92.668 miliardi. Nel 1995, la stessa ammonta a 92.668 miliardi; in questi quattro anni, pertanto, si è registrata una riduzione del 3% in valori correnti (che diventa di ben il 17,5% in termini costanti). La spesa sanitaria pubblica assorbe, nel 1995, il 5,4% del PIL; secondo gli ultimi dati disponibili dell'O.C.S.E., nel 1994, la quota di PIL assorbita dalla spesa sanitaria pubblica è pari al 5,9%,rispetto a: il 5,7% in Spagna, il S,8% nel Regno Unito, il 7% in Germania, il 7,6% in Francia. Rispetto alla spesa corrente totale per la Pubblica amministrazione, la spesa sanitaria pubblica spiega il 10,6% (il 13,8% della stessa al netto degli interessi); la spesa per la pubblica istruzione ne spiega il 5,3% (6,9%), la spesa per la giustizia lo 0,7% (1%),

la spesa per la difesa il 2,2% (2,8%), la spesa per la previdenza sostenuta dagli enti previdenziali il 32,4% (42%).

La spesa sanitaria pubblica procapite, pari a 1.636.000 lire a livello nazionale nel 1995 ed a 1.667.000 lire nel 1992, fa riscontrare notevoli scostamenti a livello regionale in entrambi gli anni (cfr.Tab. 4-1, Fig.1). Nel 1992, la spesa procapite più bassa si registra in Calabria, con 1.406.000 lire, e quella più elevata in Emilia Romagna, con 2.048.000 lire. Notevolmente sopra la media si trovano anche la Liguria, con 1.963.000 lire, le Marche, con 1.844.000, il Friuli Venezia Giulia, con 1.805.000 lire, e la Toscana, con 1.794.000 lire; sotto la media, viceversa, si trovano anche la Basilicata, con 1.414.000 lire, la Sicilia, con 1.451.000 lire, e la Campania, con 1.498.000 lire. Nel 1995, il valore più elevato si registra nella P.A. di Bolzano, con 1.953.300 lire procapite, e quello più basso in Calabria, con 1.436.100 lire. Notevolmente sopra la media nazionale, pari a 1.635.900 lire, si trovano ancora l'Emilia Romagna, con 1.927.200 lire, e la Liguria, con 1.912.400 lire; notevolmente sotto la media, invece, si trovano di nuovo la Sicilia, con 1.440.200 lire, e la Campania, con 1.442.900 lire, insieme alla Puglia, con 1.449.500 lire.

Oltre alle spese correnti indicate, nel 1992 e nel 1995 sono anche stati impegnati, in conto capitale, rispettivamente 2.016 e 3.313 miliardi di lire. Rispetto alla spesa sanitaria pubblica complessiva, quindi, la quota in conto capitale è pari al 2,1% nel 1992 ed al 3,5% nel 1995.

La tabella 4-2 illustra la composizione percentuale delle spese correnti del S.S.N. relative al 1995, in termini di aggregati di spesa riportati nei rendiconti delle U.S.L. ed evidenzia già la notevole variabilità interregionale, che verrà più analiticamente esaminata nei paragrafi successivi. Per avere un quadro completo della dimensione e dell'andamento della spesa sanitaria pubblica è opportuno tenere conto anche dei disavanzi delle U.S.L. che, per il periodo 1992-94, complessivamente ammontano a 23.723 milardi di lire; al 31 dicembre 1994, per effetto dei vari provvedimenti di ripiano succedutisi nel corso degli anni (1), il volume dei disavanzi ancora da ripianare è stimato pari ad un valore compreso tra 10.973 e 13.743 miliardi. Tuttavia, solo una quota di tale valore è aggiuntiva rispetto alle spese indicate nei rendiconti delle U.S.L. e non è possibile calcolare valori di spesa totali sommando a questi ultimi i valori dei disavanzi.

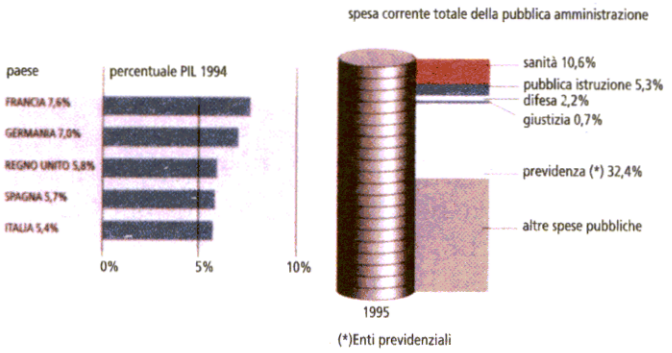
Difatti, fino al 1995, i rendiconti trimestrali delle USL inviati al Ministero della sanità, in alcune regioni, erano redatti sulla base del criterio di contabilizzazione delle spese in termini di fabbisogno effettivo

(1) Per un'analisi dettagliata dei disavanzi delle USL negli ultimi anni vedi:

– Ministro del Silancio e della programmazione economica e Ministero del tesoro, «Rapporto sanità» in Relazione generale sulla situazione economica del paese (1995), volume secondo, Roma, 1996;

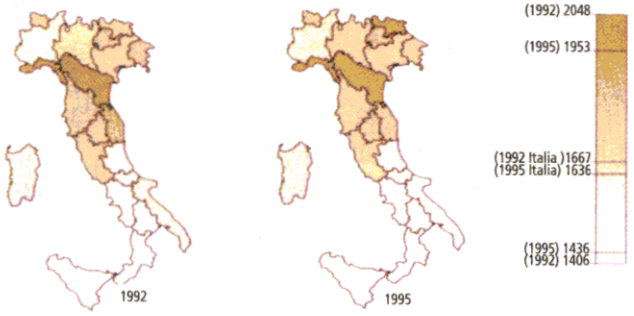
– Corte dei Conti, «Finanziamento e gestione dell'assistenza sanitaria», in Finanza regionale, Assistenza sanitaria, Politiche regionali, Relazione annuale al Parlamento e ai consigli regionali, volume 1, Roma 1996.

A la spesa sanitaria a confronto



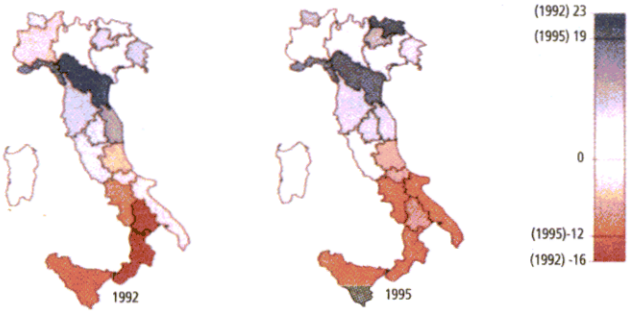
Nel 1995, la spesa corrente complessiva del SSN ammonta a 92.668 miliardi; pertanto, la spesa sanitaria pubblica (pari al 10,6% della spesa corrente totale della P.A.) assorbe il 5,4% del PIL. Nel 1995 la spesa sanitaria pubblica corrente si è ridotta del 3% rispetto al 1992 (il 17,5% in termini costanti).

B distribuzione regionale della spesa complessiva pro-capite



Nel 1992 la spesa pro capite più bassa si registra in Calabria (1.406.000), seguita da Sicilia e Basilicata, quella più elevata in Emilia Romagna (2.048.000), seguita da Liguria e Marche.
Nel 1995, il valore più basso si é avuto ancora in Calabria (1.436.000), poi in Sicilia e Campania, quello più elevato nella P.A. di Bolzano (1.953.000) in Emilia Romagna e Liguria.

C distribuzione regionale della spesa complessiva pro-capite: scostamenti percentuali dal valore medio nazionale



Nel 1992 e nel 1995 le regioni del nord in generale (e in particolare Liguria e Emilia Romagna) presentano valori significativamente sopra la media.
Le principali regioni del sud (Sicilia, Campania e Calabria) si attestano invece sotto la media.

e, quindi, riportavano una spesa sufficientemente vicina a quella reale di competenza, inclusiva di tutto o parte dell'eventuale disavanzo; in altre regioni, invece, si applicava il principio del rispetto degli stanziamenti di bilancio e, dunque, le obbligazioni non contabilizzate in eccedenza a questi ultimi determinavano l'insorgenza di un debito sommerso emergente soltanto in sede di predisposizione dei provvedimenti di ripiano dei disavanzi.

4.3 LA SPESA PER TRE LIVELLI DI ASSISTENZA

Introduzione

Dal 1992, la quota capitaria viene impiegata per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Com'è noto, i sei livelli di assistenza sanitaria definiti, da ultimo, nel capitolo tre del Piano sanitario nazionale 1994-1996, sono i seguenti: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza sanitaria di base; assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale; assistenza ospedaliera; assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati; attività di supporto all'organizzazione assistenziale.

Tuttavia, i rendiconti delle U.S.L. per il periodo qui in esame si basano ancora sulla contabilità funzionale e non su quella economica. Ne consegue che non è possibile desumere direttamente da tali rendiconti le spese a carico del S.S.N. in termini dei suddetti livelli di assistenza. Sarebbe invece utile, per un più efficace governo della spesa sanitaria pubblica nel futuro, a livello sia nazionale sia regionale, poter interpretare i comportamenti di spesa delle U.S.L. per il periodo 1992-1995 proprio in termini dei livelli di assistenza. La base-dati attualmente disponibile consente di ricostruire solo la spesa relativa ai livelli dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza sanitaria di base e delle attività di supporto, i quali, tuttavia, complessivamente rappresentano oltre tre quarti della quota capitaria totale (2). Le stime si effettuano per il 1992 e per il 1994, piuttosto che per il 1995, dal momento che sono attualmente disponibili per quest'ultimo anno i dati finanziari ma non quelli sul personale e sulle attività delle U.S.L.

La ricostruzione della spesa per i tre livelli di assistenza considerati è stata eseguita coerentemente con i criteri adottati in sede istituzionale per l'individuazione della quota di finanziamento destinata ai vari livelli di assistenza che compongono la quota capitaria. Tuttavia, si utilizzano valori relativi alle risorse effettivamente utilizzate a livello regiona-

(2) Va osservato che. considerate le metodologie utilizzate per il calcolo delle spese per i tre livelli (illustrate successivamente), queste spese non possono essere sommate, con lo scopo di ottenere l'ammontare complesslvo delle spese sanitarie correnti, nè tra loro, nè con gli aggregati di spesa desumibili dai rendiontidelle USL illustrati nel paragrafo 4.

le (3), piuttosto che valori standard (uguali per tutte le realtà regionali), al fine di evidenziare gli specifici comportamenti di spesa regionali.

L'assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera costituisce tradizionalmente, anche nell'ambito del S.S.N., la funzione assistenziale più importante, in termini di risorse umane, fisiche e finanziarie complessivamente assorbite. L'obiettivo di questo livello è definito dal Piano sanitario nazionale 1994-1996 in termini di «garantire a tutti i soggetti assistiti dal S.S.N. l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari per trattare condizioni patologiche indifferibili che necessitino di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, nonchè condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera». Conseguentemente, continua ad essere estremamente elevata la parte della quota capitaria destinata a questo livello di assistenza, che nel 1994 ne rappresentava il 55,9%.

I dati riportati nei rendiconti delle U.S.L. non consentono, com'è noto, di evidenziare la spesa sostenuta per questo livello di assistenza; in particolare, mentre distinguono le spese relative all'assistenza erogata dal complesso degli ospedali e delle case di cura convenzionati con il S.S.N., non evidenziano quelle relative all'assistenza erogata dagli ospedali direttamente gestiti dalle U.S.L.. Pertanto, al fine di ricostruire le spese effettive complessive per il livello «assistenza ospedaliera» delle singole regioni, è stato necessario effettuare delle stime sulla base dei dati disponibili. In particolare, sono state considerate le seguenti componenti di spesa: per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera erogata in regime di assistenza diretta, le spese per il personale e per l'acquisto di beni e servizi relative all'assistenza ospedaliera erogata negli ospedali gestiti dalle U.S.L. e le spese relative all'assistenza erogata negli ospedali e nelle case di cura convenzionati con il S.S.N.; per quanto riguarda, inoltre, Ìassistenza ospedaliera erogata in regime di assistenza indiretta, le spese relative ai rimborsi riconosciuti per i ricoveri in Italia e all'estero (4).

Mentre i dati relativi alle ultime due componenti sono stati tratti direttamente dai rendiconti delle U.S.L., quelli di cui alla prima componente sono frutto di stime. L'importo relativo al personale è stato calcolato sulla base dei dati sul personale dipendente degli ospedali pubblici,

(3) I dati utilizzati per i calcoli delle spese per livelli di assistenza sono desunti dai flussi del Sistema informativo sanitario. dai rendiconti delle USL e da fonti ISTAT.

(4) Si deve ossenvare che i dati relativi a questa componente di spesa ne costituiscono una notevole sottostima, poichè non includono le spese sostenute direttamente dal Ministero della sanità per i rimborsi dei ricoveri effettuati all'estero. Per un esame dettagliato di queste ultime spese, vedi: Ministero della sanità, Ufficio attuazione del SSN, Assistenza sanitaria all'estero: rapporti economici nei confronti dei paesi CEE, Roma 1995.

distinto per ruolo, e del costo medio per operatore e per ruolo, specifico per regione; l'importo relativo all'acquisto di beni e servizi, sulla base di una quota del totale delle spese regionali complessive per beni e servizi, pari al 75% (5) corretto in funzione della disponibilità, in ciascuna regione, di posti-letto utilizzati per 1.000 abitanti.

Le spese complessive effettive per il livello in questione, ricostruite seguendo questa metodologia, ammontano, nel 1992, a 51.490 miliardi di lire e, nel 1994, a 53.282 miliardi di lire (cfr. Tab. 4-3, Fig. 2-A), con un incremento del 3,5% (6).

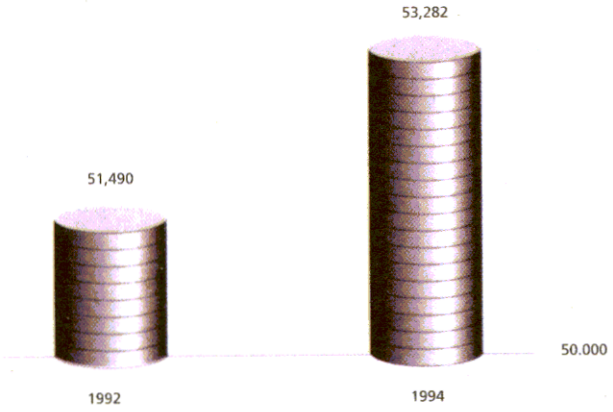
A livello nazionale, in ambedue gli anni, le spese ospedaliere complessive sono quasi completamente associate all'assistenza ospedaliera «diretta» e, più in particolare, all'assistenza erogata negli ospedali gestiti direttamente dalle U.S.L., che ne assorbe circa l'80%. A livello delle singole regioni, tuttavia, il peso relativo di questa componente della spesa per l'assistenza ospedaliera varia notevolmente (cfr. Tabb. 4-4 e 4-5, Fig. 2-B), passando da un minimo di circa il 51% del Lazio ad un massimo di oltre 97% della Basilicata. Nel 1992, la spesa procapite media per l'assistenza ospedaliera, a livello nazionale, ammonta a 899.000 lire (cfr. Tab. 4-3, Fig. 3). L'esame dei valori regionali evidenzia una variabilità estremamente elevata; infatti, posto pari a 100 il valore medio nazionale, si va dal 68 della Campania al 168 della P.A. di Trento. Nel 1994, la spesa procapite media nazionale passa a 932.000 lire; la variabilità interregionale, sebbene si riduca molto rispetto al 1992, rimane importante: il valore minimo si registra ancora in Campania (con un numero indice pari a 72), mentre il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (con 138). Tendenzialmente, in entrambi gli anni si registrano spese consistentemente inferiori alla media nazionale nelle regioni meridionali e superiori, invece, nelle regioni settentrionali. Tuttavia, va sottolineato che questi dati risentono, necessariamente, della mobilità ospedaliera interregionale e della diversa dimensione e composizione dell'offerta complessiva di posti letto che caratterizza le singole regioni. Come illustrato più avanti, entrambi questi fattori risultano molto importanti per spiegare la variabilità interregionale della spesa ospedaliera. Nel 1994, la parte della quota capitaria destinata all'assistenza ospedaliera, o spesa teorica, è pari a 836.147 lire (corrispondente, a livello nazionale, ad una spesa di 47.776 miliardi di lire, cifra inferiore del 11,5% alla spesa effettiva ricostruita; cfr. Fig. 4-A). A livello di singole regioni, il divario tra la spesa procapite ricostruita e quella teorica è molto variabile. Come risulta dalla Fig. 4-B, se in alcune regioni meridionali la spesa teorica risulta addirittura superiore a quelle effettiva, in quelle del centro e del nord, il saldo negativo tra spesa effettiva e teorica è sempre uguale o superiore al 10% e, in alcuni casi, è uguale o superiore al 30% (Liguria, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano e di Trento). Il

(5) La quota del 75% delle spese per beni e servizi è quella abitualmente utilizzata nelle stime ufflc ali della spesa ospedaliera pubblica.

(6) Va osservato che tali valori rappresentano una sovrastima della spesa per l'assistenza ospedaliera in quanto includono, relativamente agli ospedali gestiti dalle U S.L, le spese associate all'assistenza ambulatoriale erogata da questi ultimi.

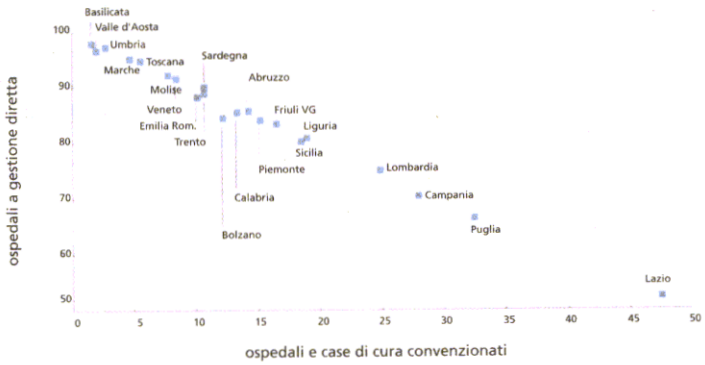
Fig. 2 assistenza ospedaliera, spesa complessiva ed incidenza della convenzionata

A spesa complessiva, in mld di lire



Le spese complessive per l'assistenza ospedaliera, ricostruite seguendo la metodologia illustrata nel testo, sono passate dai 51.490 miliardi del 1992 ai 53.282 miliardi del 1994 con un aumento del 3,5%.

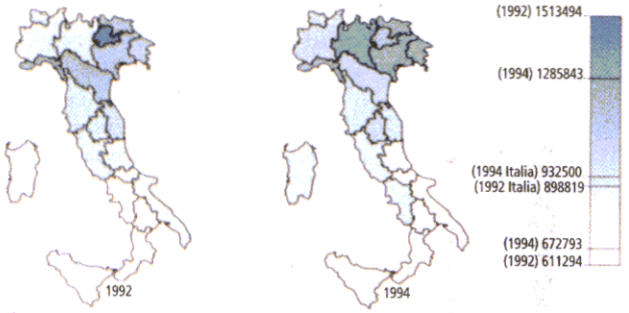
B composizione percentuale della spesa diretta per l' assistenza ospedaliera (1994)



La Lombardia, la Campania, la Puglia e il Lazio destinano oltre il 20% della spesa ospedaliera complessiva ad ospedali e case di cura convenzionate;
le Marche, l'Umbria, la Basilicata e la Valle d 'Aosta, meno del 5%.

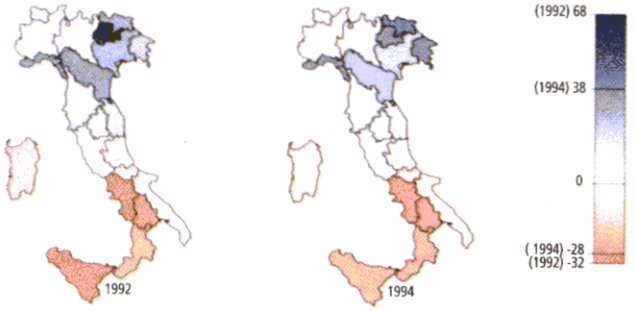
Fig. 3 spesa per assistenza ospedaliera

A distribuzione regionale della spesa complessiva pro-capite



Nel 1994 la spesa pro-capite per l'assistenza ospedaliera è, a livello nazionale, di 932.000 lire, in aumento rispetto al 1992 (899.000). La variabilità regionale è molto ampia con valori inferiori alle 800.000 lire in Molise, Puglia e Calabria; nel Veneto, Friuli V.G. e Lombardia si supera la cifra di 1.200.000 di spesa pro-capite.

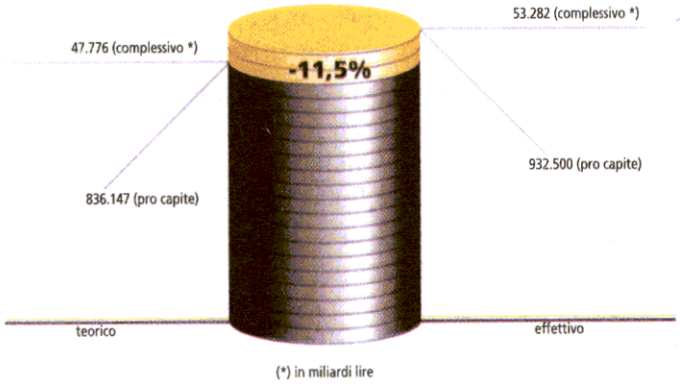
B distribuzione regionale della spesa complessiva pro-capite: scostamenti percentuali del valore medio nazionale



Nel periodo 1992-94 le regioni meridionali in generale presentano una spesa ospedaliera pro capite inferiore alla media nazionale; in particolare Campania, Sicilia e Basilicata si attestano su valori pari a circa il 70% del valore medio nazionale.
Le regioni settentrionali, invece, presentano tendenzialmente una spesa superiore alla media nazionale.

Fig. 4 assistenza ospedaliera: confronti

A differenza fra spesa teorica e spesa effettiva ricostruita (1994)



A livello nazionale, la spesa ospedaliera teorica è inferiore dell'11,5% della spesa effettiva ricostruita. A livello regionale tuttavia, il divario tra la spesa ospedaliera procapite ricostruita e quella teorica è molto variabile. In alcune regioni meridionali la spesa teorica risulta superiore a quella effettiva, mentre in quelle del centro e del nord il saldo negativo tra spesa effettiva e teorica è sempre uguale o superiore al 10% e in alcuni casi al 30%.

B distribuzione regionale della differenza fra spesa teorica e spesa effettiva ricostruita, in relazione al PIL regionale (1994)

fatto che a livello di singole regioni gli scarti tra spesa effettiva e teorica siano diversi riflette la variabilità, già osservata, delle spese procapite effettive per il livello dell'assistenza ospedaliera. Si pone allora il problema di individuare le possibili variabili capaci di influire sul livello di spesa procapite.

Un primo elemento interessante, da questo punto di vista, è rappresentato dal reddito procapite di ogni regione (7). Tra le due grandezze sembra, infatti, esistere una notevole correlazione; come dimostra la Fig. 5-A, nelle regioni relativamente più ricche la spesa ospedaliera procapite appare, in genere, più elevata (8).

Per verificare se la spiegazione della correlazione esistente tra spesa ospedaliera ricostruita procapite e reddito procapite ha un qualche fondamento, è necessario studiare se, e in quale misura, esista una correlazione anche tra la spesa procapite e singole variabili strutturali e comportamentali collegabili con il livello di reddito.

Tra queste si è presa per prima in considerazione la dotazione di posti-letto (pubblici e convenzionati) per 1.000 abitanti, che per coerenza è stata messa in rapporto, non con la spesa ospedaliera complessiva, ma solo con la componente «diretta». La variabile in questione non appare molto esplicativa del livello di spesa procapite.

L'influenza sulla spesa ospedaliera procapite della seconda variabile considerata, ossia il personale ospedaliero per 1.000 abitanti, appare, invece, molto significativa. Premesso che in questo caso si è fatto riferimento solo alla spesa relativa agli ospedali gestiti direttamente dalle U.S.L., la Fig. 5-B indica che le regioni collocate significativamente al di fuori della retta di interpolazione sono in numero relativamente contenuto e che appartengono tutte all'area centro-nord (9). Tra queste, in Valle d'Aosta, Toscana, Friuli Venezia Giulia e nella P.A. di Trento, si registra una spesa inferiore a quella prevedibile, data la dotazione di operatori ospedalieri; mentre nelle Marche, in Emilia Romagna e nella P.A. di Bolzano si manifesta il fenomeno opposto. Questo fatto sembra suggerire che altre variabili abbiano un'influenza sul livello della spesa ospedaliera effettiva procapite, sia pur, forse, in modo meno evidente di

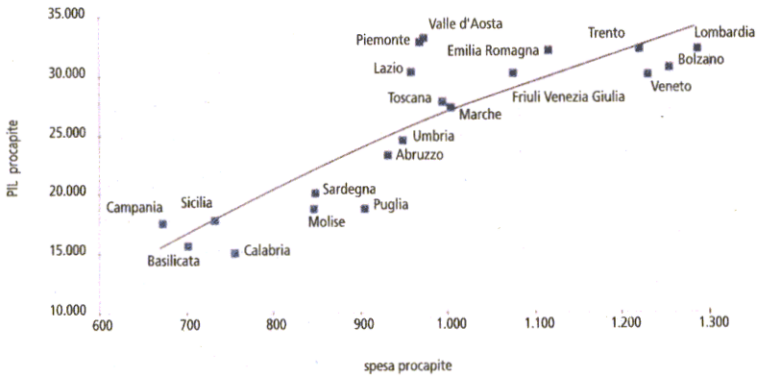
(7) I dati sul PIL regionale sono stati tratti da ISTAT, Conti economici regionali 1980-1992, Roma, 1995.

(8) In questo e nei successivi grafici dello stesso tipo, oltre ai punti che individuano per ogni regione l'incrocio tra variabile dipendente (riponata in ascissa) e variabile indipendente (in ordinata) è rappresentata anche la curva (cosiddetta di interpolazione) che indica l'andamento annesso della variabile dipendente, dati i valori di quella indipendente. Tanto maggiore è il numero di regioni che si trova ad essere vicino alla curva di interpolazione, tanto più la correlazione ipotizzata è significativa È stata così effettuata la stima dei coefficienti di regressione che, nel caso in esame, fornisce i seguenti valori: spesa anessa procapite per il livello assistenza ospedaliera = 374,6208 + 0,023152 PIL procapite il valore del coefficiente di determinazione (r2) è pari a 0,67 e il t di Student (6,3) indica che la variabile «PIL» è una variabile importante per la stima della spesa ospedaliera attesa.

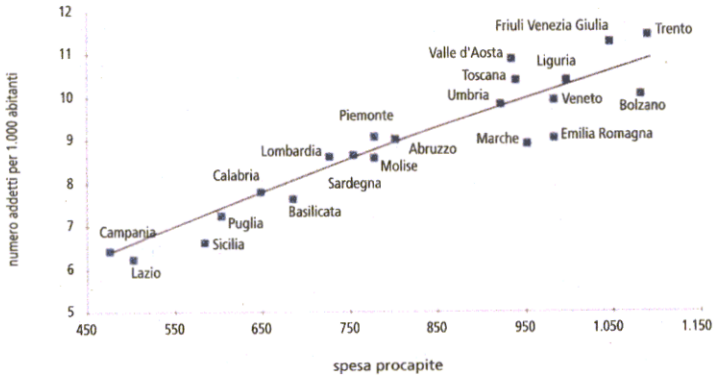
(9) La stima dei coefficienti di regressione fornisce i seguenti valori: spesa attesa procapite per ospedali a gestione diretta = –203257 + 114366 il numero di addetti per 1000 abitanti 11 valore di r2 è pari a 0,87 e il t di Student (t 1,2) indica che a variabile «n di addetti» è importante per la stima della spesa attesa.

Fig. 5 alcuni fattori influenti sulla spesa ospedaliera (1994)

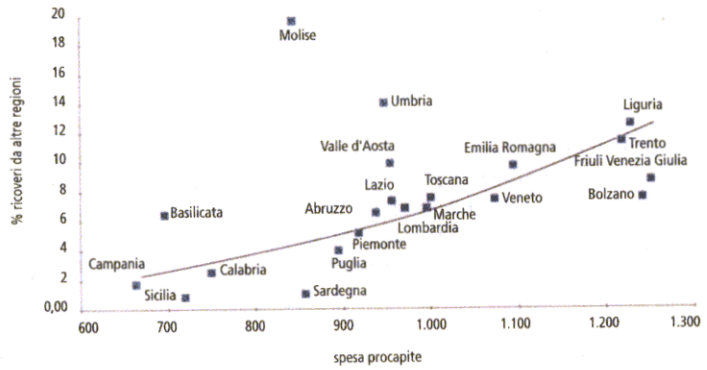
A rapporto fra PIL e spesa ospedaliera pro-capite (migliaia di lire)



B rapporto fra numero addetti e spesa ospedaliera a gestione diretta



C rapporto fra la mobilità ospedaliera e spesa per assistenza ospedaliera diretta



quanto non avvenga per il numero addetti ospedalieri per 1.000 abitanti. Come già osservato in precedenza, un aspetto normalmente ritenuto influente sulla spesa per l'assistenza ospedaliera «diretta» è rappresentato dal fenomeno della immigrazione di pazienti da altre regioni, il cui ricovero nella regione ospitante farebbe aumentare i costi ospedalieri di quest'ultima. Per verificare se esista effettivamente un rapporto tra mobilità ospedaliera interregionale e spesa per l'assistenza ospedaliera «diretta», quest'ultima, sempre calcolata in termini procapite, è stata messa in relazione con l'incidenza, in ogni regione, del numero di ricoveri di cittadini non residenti sul totale dei ricoveri effettuati. Tra le due grandezze sembrerebbe esistere una relazione diretta e la posizione della maggior parte delle regioni si colloca nei pressi della curva di interpolazione (cfr. Fig. 5-C). In termini statistici, tuttavia, la correlazione diventa fortemente significativa solo se si escludono alcune piccole regioni (in particolare, il Molise, la Basilicata, l'Umbria e la Valle d'Aosta), nelle quali si registra un livello di spese procapite notevolmente inferiore a quello teorico, data l'incidenza particolarmente elevata del numero di ricoveri di non residenti sul numero totale di ricoveri. Tenendo conto che in queste regioni non c'è un sovradimensionamento dell'offerta di posti-letto, è ipotizzabile che l«'effetto immigrazione» sul livello di spesa ospedaliera «diretta» procapite sia legato non solo al numero di ricoveri di non residenti, ma anche al grado di complessità delle patologie.

In altre parole, si può supporre che i ricoveri di non residenti nelle quattro regioni sopra menzionate riguardino patologie di non particolare complessità e comportino, quindi, costi non elevati (10).

Da questo punto di vista, l'introduzione nel 1995 del nuovo sistema di finanziamento dell'attività ospedaliera, basato sulle tariffe per caso trattato specificato secondo il sistema dei Raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG – Diagnosis related groups), dovrebbe contribuire notevolmente a riequilibrare la definizione e l'attribuzione dell'onere dell'assistenza ospedaliera Difatti, la remunerazione degli ospedali sulla base del volume e della tipologia di prestazioni effettivamente erogate dovrebbe comportare, da un lato, una più equa distribuzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera tra i singoli erogatori; dall'altro lato, dovrebbe consentire di imputare in maniera più precisa le spese per l'assistenza alle U.S.L. di provenienza dei pazienti ricoverati.

L'assistenza sanitaria di base

Il P.S.N. 1994-1996, nel definire i livelli di assistenza sanitaria uniforme, attribuisce un ruolo chiave all'assistenza sanitaria di base. Infatti,

(10) La stima dei coefficienti di regressione – escludendo Molise, Umbria, Basilicata e Valle d'Aosta – fornisce i seguenti valori: spesa attesa procapite per ospedali a gestione diretta = 683,567 + 4783,97 Ia percentuale dei ricoveri di non residenti sul numero totale di ricoveri 11 valore di r2 è pari a 0,80 e il t di Student (7,7) indica che la variabile «percentuale di ricoveri di non residenti» è importante per la stima della spesa attesa procapite.

il P.S.N. definisce quale «obiettivo dell'assistenza sanitaria di base: promuovere la salute, mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento». Conseguentemente, anche la quota di risorse destinate a questo livello, in termini di peso relativo sulla quota capitaria complessiva, è consistente; nel 1994 ne rappresenta, infatti, il 19,1%.

Operativamente, il P.S.N. articola l'assistenza sanitaria di base nei tre livelli analitici seguenti: medicina generale, assistenza farmaceutica e assistenza territoriale domiciliare.

L'attribuzione retrospettiva delle spese delle U.S.L. a questo livello conduce inevitabilmente ad una sua parziale sottostima, poichè i dati di spesa attualmente disponibili non consentono di evidenziare, ed includere nei calcoli, le spese sostenute dalle U.S.L. per l'assistenza domiciliare» (11).

Tuttavia, consente di analizzarne le due componenti principali: la spesa sostenuta per l'assistenza medico generica, sia per i medici di medicina generale, sia per i pediatri di libera scelta, e la spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica convenzionata.

La spesa per il livello di assistenza sanitaria di base, in questa sede, è stata calcolata come somma di queste due componenti. A livello nazionale, si ottiene una spesa complessiva, nel 1994, di 16.576 miliardi di lire che, relativamente alle spese correnti totali delle U.S.L., rappresenta il 17,5%. Relativamente a questo indicatore si rileva una variabilità interregionale notevole: dal valore massimo del 23,5% in Sicilia, si arriva al minimo del 10,6% nella P.A. di Bolzano (cfr. Tab. 4-7).

Rispetto al 1992, questo livello ha fatto riscontrare una riduzione notevole, tanto in valori assoluti (era pari a 19.642 miliardi), quanto in termini relativi (rappresentava il 20,6% delle spese correnti totali) (cfr. Tab. 4-6). Come prevedibile, è la componente di spesa relativa all'assistenza farmaceutica che si è ridotta sensibilmente tra il 1992 ed il 1994, passando da 14.209 a 11.028 miliardi di lire (mentre la spesa per l'assistenza medica è rimasta sostanzialmente costante: da 5.433 a 5.549 miliardi). La riduzione è notevole anche in termini relativi: a livello nazionale, nel 1992, la spesa per l'assistenza farmaceutica rappresenta il 72,3% della spesa totale per l'assistenza sanitaria di base, mentre nel 1994 ne rappresenta il 66,5%. A livello regionale, nel 1992, è in Liguria che si registra il peso relativo massimo di questa componente di spesa, con il 78,1%, e nella P.A. di Bolzano il peso relativo minimo, con il 60,6%; nel 1994, il peso relativo massimo si registra ancora in Liguria, con il 71,2%, e quello minimo nella P.A. di Trento, con il 58%.

Nel 1994, la parte della quota capitaria destinata all'assistenza sanitaria di base è pari a 263.100 lire (corrispondente, a livello nazionale, ad una spesa di 15.027 miliardi di lire, cifra inferiore del 10,3% alla spesa

(11) Per avere un ordine di grandezza della sottostima, si può fare riferimento alla metodologia per la determinazione della quota capitaria, dalla quale emerge che questa componente assorbe meno dell'8% delle risorse complessivamente destinate all'assistenza sanitaria di base.

effettiva rilevata; cfr. Fig. 7-A). A livello di singole regioni, il divario tra spesa procapite effettiva e spesa teorica è piuttosto variabile, come emerge dalla Fig. 7-B.

Relativamente alla spesa procapite per l'assistenza sanitaria di base, pari a 290.000 lire a livello nazionale nel 1994, la variabilità interregionale appare relativamente contenuta, se si escludono alcuni casi di spesa molto elevata (375.400 lire in Sicilia e 316.600 lire in Liguria) o molto contenuta (198.300 nella P.A. di Bolzano e 207.200 lire in Valle d'Aosta). Tendenzialmente, la spesa procapite è più bassa nelle regioni settentrionali; posto pari a 100 il valore medio nazionale, la Sicilia, la Liguria, la Calabria, la Puglia e l'Umbria fanno rilevare valori notevolmente superiori, con, rispettivamente, 129, 109, 106 e 105 (cfr.Tab. 4-7, Fig. 6-A). Nel 1992, la variabilità interregionale è relativamente maggiore. Posto pari a 100 il valore della spesa procapite media nazionale (346.000 lire), in Sicilia già si registra il numero indice massimo, parì a 124 (430.800 lire), in Liguria 118 (407.900 lire), in Toscana 113 (390.000 lire), nelle Marche 112 (386.800 lire) (cfr. Tab. 4-6, Fig 6-A).

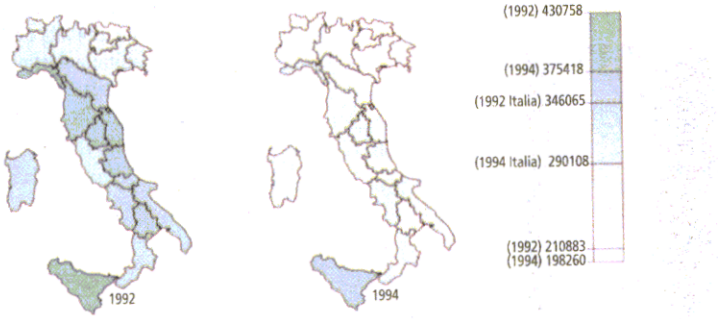
In entrambi gli anni, è rispetto alla componente della spesa per l'assistenza farmaceutica che si rilevano i maggiori scostamenti tra regioni (Fig. 6- B). Nel 1994, la spesa procapite media nazionale per questa componente e di 193.000 lire. Ponendo tale valore pari a 100, a livello regionale si individuano le regioni con valori notevolmente diversi dalla media. Tra le regioni con valori superiori si ritrovano: la Sicilia (138), la Liguria (117), la Puglia (110), la Campania e l'Umbria (107); tra quelle, viceversa, con valori inferiori, si ritrovano: la P.A. di Bolzano (60), la Valle d'Aosta (62), la P.A. di Trento (70), il Veneto (78) e il Friuli Venezia Giulia (83).

Considerata l'ampia variabilità interregionale riscontrabile nelle spese procapite per l'assistenza sanitaria di base, come è stato fatto per l'assistenza ospedaliera, è utile tentare di individuare le possibili variabili capaci di influire sul livello di spese procapite.

A questo riguardo, è plausibile ipotizzare che un fattore importante di variabilità interregionale sia legato alla quota di consumi di farmaci esente dal regime di compartecipazione alla spesa. Difatti, i valori di spesa per l'assistenza farmaceutica riflettono la quota di tale spesa che è a carico del S.S.N. ed escludono, quindi, la quota a carico degli assistiti (in termini di ticket, di quota fissa e di spesa per i farmaci prescrivibili ma non a carico del S.S.N.). Nel corso degli ultimi anni, le modalità di regolamentazione di questo regime sono state soggetto di numerose modifiche, tanto relativamente alla definizione delle categorie di assistiti cui si riconosce il diritto all'esenzione, quanto relativamente alle caratteristiche del sistema di compartecipazione (livello del ticket proporzionale al prezzo del farmaco, del massimale di spesa per prescrizione, etc.), quanto, infine, alla classificazione dei farmaci rimborsabili da parte del S.S.N. Ne deriva una oggettiva difficoltà di tentare una correlazione diretta tra livello di spesa per l'assistenza farmaceutica e regime della compartecipazione alla spesa. Tuttavia, dal confronto tra il PIL procapite (quale variabile proxy della quota di popolazione esente dalla com-

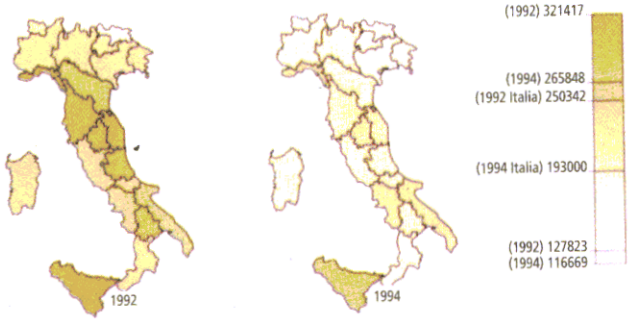
Fig. 6 assistenza sanitaria di base, farmaceutica e medico-generica

A distribuzione regionale della spesa per assistenza sanitaria di base pro-capite



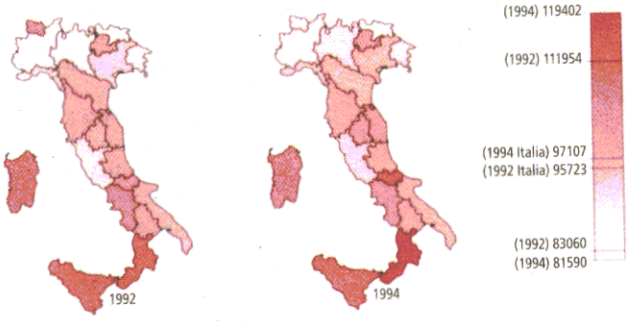
Nel periodo 1992-94 la spesa per l'assistenza sanitaria di base ha fatto riscontrare, nel suo complesso, una riduzione notevole, passando da 19.624 a 16.657 miliardi. Nel 1994, la variabilità interregionale della spesa pro capite è relativamente contenuta, se si escludono alcuni casi di spesa molto elevata (375.400) in Sicilia e 315.500 in Liguria), o molto contenute (198.300 nella P.A. di Bolzano e 207.200 in Valle d'Aosta).

B distribuzione regionale della spesa per assistenza farmaceutica pro-capite



Nel 1994, la spesa procapite media nazionale per la farmaceutica è di 193.000 lire. È la componente della spesa per l'assistenza sanitaria di base rispetto alla quale si rileva la maggiore variabilità. Le regioni con valori notevolmente diversi dalla media sono la Sicilia (265.848) e la Liguria (225.609), che presentano il peso relativo massimo per questa componente di spesa.

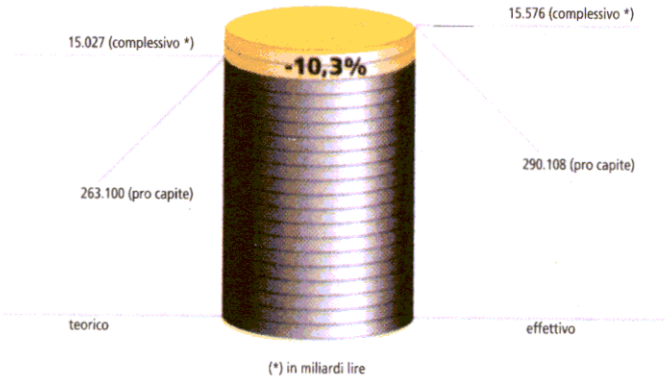
C distribuzione regionale della spesa per assistenza medico-generica pro-capite



Nel 1994 il valore procapite nazionale della spesa per l'assistenza medico generica è di 97.100 lire. Le regioni con valori procapite più elevati della media sono la Calabria con 119.400 (nel 1992, rispetto alla spesa media nazionale di 95.700 , il valore della Calabria era 111.900), il Molise con 111. 200 (101.400 nel 1992) e la Sicilia con 109.600 (109.300).

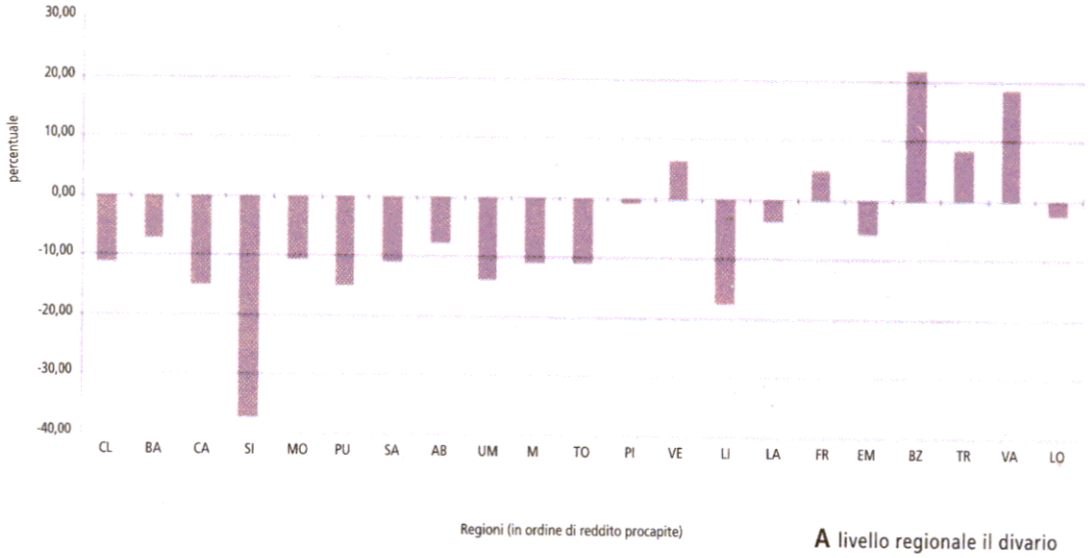
Fig. 7 assistenza sanitaria di base: confronti

A differenza fra spesa teorica e spesa effettiva ricostruita (1994)



Nel 1994, la spesa teorica per l'assistenza sanitaria di base, corrispondente alla parte di quota capitaria destinata a tale livello di assistenza, a livello nazionale è inferiore del 10,3% a quella effettiva.

B distribuzione regionale della differenza fra spesa teorica e spesa effettiva ricostruita, in relazione al PIL regionale (1994)



A livello regionale il divario tra la spesa procapite effettiva per assistenza sanitaria di base e quella teorica è piuttosto variabile. Sulla prima influisce notevolmente la componente di spesa destinata all'assistenza farmaceutica, che varia marcatamente da regione e regione e che fa riscontrare una relazione inversa, sebbene non costante, con il livello di PIL procapite.

partecipazione) e la spesa per assistenza farmaceutica procapite sembra emergere una relazione inversa: a livelli relativamente più bassi di reddito procapite sono associati livelli di spesa tendenzialmente più elevati; ma non è possibile rilevare una relazione costante. Un ulteriore possibile fattore di variabilità interregionale è legato al peso relativo della popolazione anziana e dei bambini, che costituiscono le due categorie di popolazione con propensioni al consumo di farmaci tendenzialmente più elevate, ma l'analisi statistica non convalida quest'ipotesi. Dal punto di vista, invece, dell'offerta di servizi sanitari, la variabilità interregionale può ricondursi a diversi comportamenti prescrittivi dei medici del S.S.N. Da questo punto di vista, si può ipotizzare che la composizione per anzianità di laurea dei medici di base abbia un'influenza sull'andamento della spesa farmaceutica. Ancora dal punto di vista dell'offerta, si può ipotizzare un legame inverso tra livelli di spesa farmaceutica e disponibilità di servizi sanitari alternativi; in questo senso, può essere interessante esaminare la relazione con i posti-letto ospedalieri per 1.000 abitanti. Tuttavia, l'analisi statistica non convalida nè l'una nè l'altra di queste ipotesi. La componente della spesa per il livello di assistenza sanitaria di base relativa all'assistenza medico-generica convenzionata mostra, come si è detto, una variabilità più contenuta, sia in termini temporali, sia tra regioni. Considerate le caratteristiche del sistema di remunerazione dei medici di base, basato com'è noto su una serie di 13 componenti direttamente associate al numero di assistiti, tale variabilità contenuta non sorprende.

Tuttavia, dal confronto dei valori procapite medi regionali della spesa per assistenza medica con il corrispondente valore medio nazionale emergono alcuni casi estremi (cfr. Tabb. 4-6 e 4-7, Fig. 6-C). Tra le regioni con valori procapite più elevati della media spicca, ad esempio, la Calabria, che nel 1994 fa registrare 119.400 lire rispetto alle 97.100 lire nazionali (anche nel 1992, rispetto alla spesa media nazionale di 95.700 lire, il valore della Calabria era 111.900 lire), il Molise con 111. 200 lire (101.400 nel 1992) e la Sicilia con 109.600 lire (109.300 lire). Tra le regioni che, viceversa, hanno una spesa più contenuta, spicca la P.A. di Bolzano con 81.600 lire (83.100 lire nel 1992), la Valle d'Aosta con 86.700 lire (ma che nel 1992 aveva una spesa di 103.600 lire, superiore alla media nazionale) ed il Piemonte con 87.400 lire (85.500 lire) (12).

Possibili fattori di variabilità, in questo caso, sono legati da un lato alla composizione della categoria dei medici di base, sia in termini di anzianità di laurea, sia di numero medio di assistiti, poichè entrambe queste variabili rientrano tra i criteri di definizione delle varie componenti capitarie della remunerazione dei medici; dall'altro lato, possono ricondursi alla discrezionalità lasciata al livello regionale di decidere, sia

(12) La stima dei coefficienti di regressione fornisce i seguenti valori: spesa attesa procapite per assistenza sanitaria di base = 74,7449 + 1,1252 spesa procapite per assistenza farmaceutica. Il valore di r2 è pari a 0,96 e il t di Student (20,5) indica che la variabile «n. di addetti» è importante per la stima della spesa attesa.

in quali condizioni ai medici di base viene riconosciuta la componente della remunerazione detta «maggiorazione per zone disagiatissime», sia di quale entità è tale componente. Occorrerebbe, tuttavia, un'indagine ad hoc per valutare la bontà di quest'ipotesi. Un fenomeno, invece, che emerge con molta chiarezza anche dai risultati di elaborazioni statistiche, è l'importanza preponderante che la componente di spesa relativa all'assistenza farmaceutica riveste, in tutte le regioni, nello spiegare il livello e l'andamento della spesa per l'assistenza sanitaria di base. In questo senso, emerge l'importanza del comportamento prescrittivo dei medici, e in particolare dei medici di base, in considerazione del ruolo di «gate-keeper» che li contraddistingue e che diventa tanto più cruciale nel nuovo assetto organizzativo del S.S.N., nel quale l'accesso alle prestazioni sanitarie garantite dai livelli uniformi di assistenza è vincolato alla sola disponibilità della prescrizione del medico curante. Da questo punto di vista, appare estremamente importante l'introduzione di forme di responsabilizzazione nei confronti dei medici prescrittori rispetto alla dimensione della spesa farmaceutica, nonchè specialistica.

I servizi di supporto all'organizzazione assistenziale

I servizi di supporto costituiscono una parte essenziale di qualsiasi organizzazione, ivi compreso il S.S.N.. Il P.S.N. 1994-1996 definisce il livello delle attività di supporto all'organizzazione assistenziale in termini di «organizzazione di servizi generali e di management, compresi quelli relativi alla raccolta ed elaborazione dei dati per ogni livello assistenziale, che costituisce il presupposto per l'erogazione delle prestazioni ed attività contemplate dai livelli di assistenza».

D'altra parte, le risorse finanziarie destinate al servizi amministrativi rappresentano inevitabilmente risorse «sottratte» alle attività direttamente produttive, ossia, nel caso del S.S.N., all'erogazione di prestazioni sanitarie. Ne deriva l'importanza e l'utilità di conoscere, e di poter valutare, tanto l'entità quanto la composizione delle «spese amministrative».

Peraltro, questa voce di spesa assume un'importanza tanto più rilevante in questa fase, se si considera che il processo di riordino del S.S.N. attualmente in corso comporterà inevitabilmente per le U.S.L. l'assunzione di nuove spese amministrative rispetto alla situazione attuale (associate, ad esempio, alla gestione del nuovo sistema di pagamento mediante tariffe per prestazione e alla regolamentazione dei nuovi rapporti tra i diversi soggetti del S.S.N.). Analogamente alle spese per i livelli dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza sanitaria di base, questo paragrafo analizza questa voce di spesa del S.S.N. per gli esercizi 1992 e 1994, confrontando i comportamenti regionali. Obiettivo dell'analisi in questa sede, pertanto, è quello di evidenziare le principali componenti di spesa e gli eventuali scostamenti interregionali, dai quali far emergere possibili aree problematiche, che solo una più approfondita analisi a livello sub-centrale può, quindi, consentire di risolvere. Le voci di spesa incluse nella definizione delle spese relative al livello dei servizi di sup-

porto sono associate alle attività di gestione, supervisione, coordinamento e controllo dell'organizzazione del S.S.N.. La parte della quota capitaria destinata a questo livello, nel 1994, è pari a 67.900 lire, ossia al 4,5% del totale. In questa sede, si è operata una ricostruzione analitica di questa categoria di spese, includendo le spese per il personale e per i beni e servizi destinate all'acquisto delle risorse umane e fisiche necessarie per lo svolgimento delle suddette attività (13).

Va sottolineato che i valori di spesa così calcolati costituiscono una sottovalutazione delle spese complessivamente destinate alla amministrazione del S.S.N.. Infatti, non sono incluse nè le spese a carico del Ministero della sanità, nè quelle a carico delle amministrazione regionali che si occupano di sanità. (14). Si tratta, dunque, della ricostruzione delle spese amministrative delle sole U.S.L.; in quanto tali, includono le spese relative ai servizi amministrativi degli ospedali a gestione diretta.

I valori illustrati nelle Tabb. 4-8 e 4-9 indicano la dimensione consistente delle spese amministrative, tanto in termini assoluti (oltre 6.230 miliardi di lire, per l'Italia nel suo complesso, per entrambi gli anni considerati, pari a circa 109.000 lire procapite), quanto in termini relativi, rispetto al totale delle spese correnti delle U.S.L. (il 6,5% e il 6,6%, rispettivamente, nel 1992 e nel 1994). Di questo valore totale, le spese per il personale nel 1992 e nel 1994 rappresentano, rispettivamente, il 68,9% e il 66,5% e quelle per l'acquisto di beni e servizi, il 31,1% e il 33,5%.

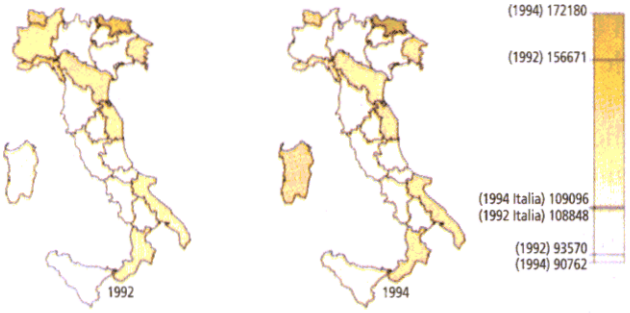
Il peso delle spese amministrative rispetto alle spese correnti totali è piuttosto variabile da regione a regione. Nel 1994, si va da un massimo del 9,2%, nella P.A. di Bolzano, ad un minimo del 5,4%, nel Veneto. Posta la media nazionale pari a 100, oltre a Bolzano, per cui si registra un valore di 140, altre regioni con valori elevati sono: la Calabria, con 138 (9,1%), la Valle d'Aosta, la Sardegna e la Puglia, con 123 (8,1%), e il Friuli Venezia Giulia, con 111 (7,3%). Regioni, invece, con valori relativamente bassi, oltre al Veneto, per cui si registra un valore di 81 (5,4%), sono: la Lombardia, con 86 (5,7%), e il Lazio, con 89 (5,9%). Anche dall'analisi dei valori di spesa procapite regionali emerge una notevole variabilità nelle spese amministrative (cfr. Fig.8). Ponendo pari a 100 le spese procapite medie per l'Italia, nel 1994, si va da un minimo di 83 per il Veneto ad un massimo di 158 per la P.A. di Bolzano. Si trovano ben sopra la media nazionale: la Valle d'Aosta (123), il Friuli Venezia Giulia (121), le Marche e la Calabria (116) e la Puglia

(13) I capitoli di spesa, estrani dai rendiconti delle USL degli esercizi 1992 e 1994, utilizzati per calcolare la spesa relativa al livello dei servizi supporti sono i seguenti: indennità e rimborsi di spese ai membri degli organi collegiali (codici di capitolo: 001, 002, 003,; spese di rappresentanza (004,; spese per altri beni economali (cancelleria, stampati, supporti meccanografici, etc., (132); spese per sistemi informativi (146,158); spese per altri servizi generali (spese postali, spese legali, etc., (167,; interessi moratori (253); spese per liti, arbitraggi e risarcimenti (271); spese per servizi di tesoreria (277).

(14) Sono anche escluse dal calcolo le spese amministrative sostenute dal soggetti convenzionati, che risultano comunque finanziate dal SSN mediante le corrispondenti remunerazioni.

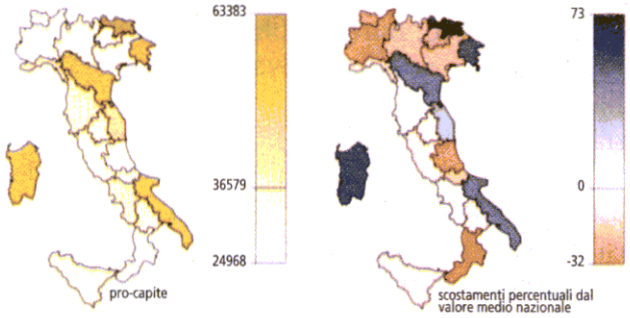
Fig. 8 i servizi di supporto

A distribuzione regionale della spesa per servizi di supporto (pro-capite)



Tra il 1992 e il 1994 la spesa per i servizi amministrativi, a livello nazionale, è rimasta pressochè costante, sia in termini assoluti (circa 6.230 miliardi), sia in termini relativi (il 6,5% delle spese correnti totali). A livello regionale si riscontra una notevole variabilità, sia del peso della spesa per i servizi amministrativi sul totale delle spese correnti, sia del valore della spesa pro capite.

B distribuzione regionale della spesa per beni e servizi amministrativi (1994)



È soprattutto rispetto alla componente di spese per beni e servizi che si osservano i maggiori scostamenti da regione a regione; si va dalle 62.736 della Basilicata alle 105.797 della P.A. di Bolzano.

(115); si trovano, invece, considerevolmente sotto la media nazionale: la Lombardia (86) e il Molise e la Basilicata (88). Tra il 1992 ed il 1994, mentre a livello nazionale la variazione delle spese amministrative è pressochè nulla, a livello regionale si riscontrano importanti scostamenti, dovuti per lo più, prevedibilmente, alla componente dei beni e servizi. Ad esempio, posto pari a 100 il valore medio nazionale, la spesa procapite per l'acquisto di beni e servizi amministrativi in Piemonte è passata da 132, nel 1992, a 70 nel 1994; in Emilia Romagna, si passa da 168 a 145; in Toscana, da 78 a 102; nelle Marche e in Puglia, da 124 a 142; in Sicilia, da 78 a 94, e in Sardegna, da 107 a 155.

È interessante, allora, esaminare la composizione delle spese per l'acquisto di beni e servizi amministrativi (cfr. Tab. 4-10, Fig. 9).

Nel 1994, le spese per il funzionamento degli organi collegiali delle U.S.L., a livello nazionale, rappresentano il 3,1% delle spese amministrative complessive (e il 9,1% delle spese per l'acquisto di beni e servizi destinati ai servizi amministrativi). A livello regionale, si va dal valore massimo, riscontrato in Sicilia, del 5,6% (18%), al valore minimo, riscontrato in Emilia Romagna, dell'1,8% (4,2%).

Le spese per i sistemi informativi (elaborazioni dati, canoni per centri elettrocontabili) rappresentano, in Italia, il 6,8% delle spese amministrative complessive (e il 20,3% di quelle per l'acquisto di beni e servizi amministrativi). Il valore regionale più alto si riscontra per il Friuli Venezia Giulia, con il 24,2% (57,6%), mentre quello più basso si riscontra per la Basilicata, con lo 0,5% (1,5%).

Le spese per interessi moratori, che a livello nazionale assorbono il 4,8% delle spese amministrative complessive (e il 14,2% di quelle per beni e servizi), in Puglia ne assorbono il 13,6% (32,9%), in Emilia Romagna e nella P.A. di Trento ne assorbono lo 0,2% (rispettivamente lo 0,4% e lo 0,7%) e nella P.A. di Bolzano lo 0%.

Infine, la componente relativamente più importante a livello nazionale (pari all'11,5% delle spese amministrative complessive e al 34,3% delle spese per beni e servizi amministrativi) è quella relativa ad altri servizi generali, che comprende spese legali, spese postali e spese per trasporti effettuati da terzi. Anche per questa voce si riscontra una notevole variabilità interregionale, ma l'impossibilità di conoscerne la composizione interna ne impedisce un'interpretazione inequivoca.

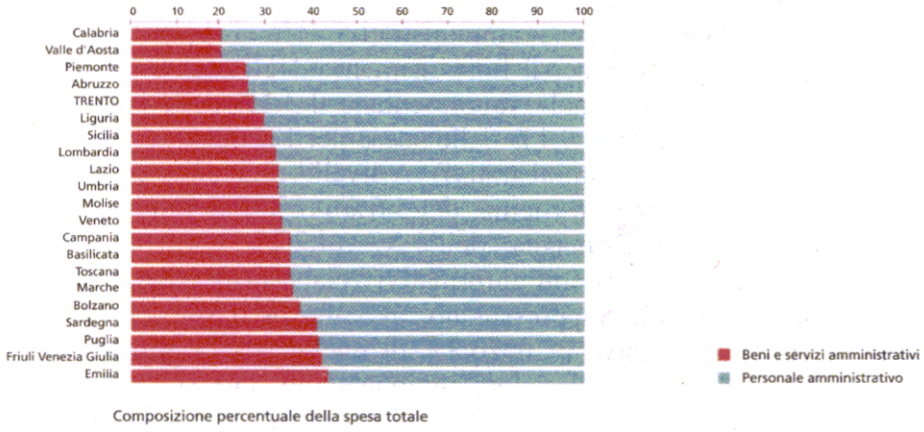
È difficile misurare la quantità e la qualità dei servizi amministrativi prodotti a fronte delle spese fin qui illustrate. Pertanto, considerata l'ampia variabilità interregionale riscontrata tanto nel 1992 quanto nel 1994 (15), appare lecito domandarsi, tanto più nella fase attuale di riordino del S.S.N., se, ed eventualmente in quale misura, le spese relativamente elevate siano eccessive e, viceversa, se sianoinsufficienti quelle relativamente basse, rispetto all'obiettivo di garantire un'efficiente ed efficace supporto al funzionamento dei servizi sanitari.

---

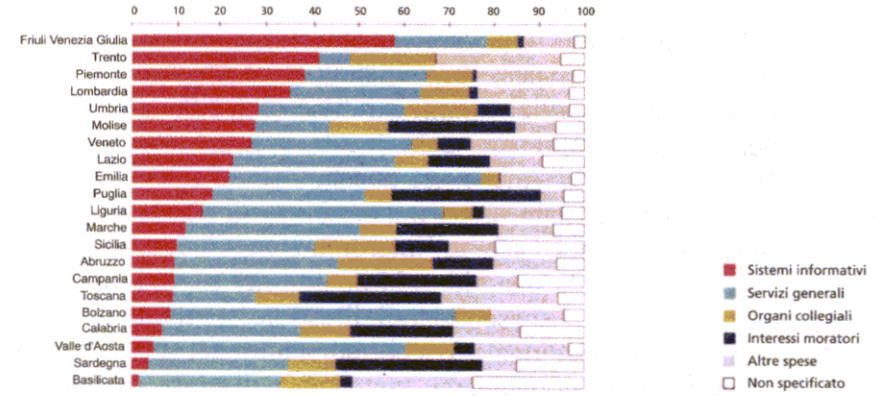
(15) L'analisi statistica mirata a spiegare la variabilità interregionale delle spese amministrative procapite in funzione di alcuni fattori ipotizzati come influenti (quali, ad esempio, la dimensione delle USL in termini di bacino d'utenza, la dotazione di personale amministrativo ed il peso del personale amministrativo sul personale totale delle USL) non ha fornito, finora, risultati significativi.

Fig. 9 composizione della spesa per attività di supporto all'organizzazione(1994)

A beni e servizi vs personale amministrativo



B composizione percentuale della spesa per beni e servizi



4.4 LA SPESA PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA E PER L'ALTRA ASSISTENZA

Introduzione

Come si è detto, i tre livelli di assistenza appena esaminati assorbono oltre il 75% della spesa sanitaria pubblica complessiva; il restante 25% si distribuisce, pertanto, tra il livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, il livello di assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale ed il livello di assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati. I dati rilevati dal Sistema informativo sanitario non consentono, relativamente a questi ultimi tre livelli, una ricostruzione retrospettiva della spesa analoga a quella eseguita per i primi tre.

Tuttavia, informazioni utili possono desumersi dall'esame dei dati relativi a tre aggregati di spesa riportati nei rendiconti delle USL: la spesa per l'assistenza specialistica convenzionata interna e la spesa per l'assistenza specialistica convenzionata esterna, che possono utilmente sommarsi a fini analitici, e la spesa per le altre prestazioni di assistenza sanitaria. Nel loro insieme, nel 1995, queste tre funzioni di spesa assorbono circa il 9% della spesa sanitaria pubblica complessiva di parte corrente.

L'assistenza specialistica

Per quanto riguarda la spesa per l'assistenza specialistica, i dati dei rendiconti delle USL ne consentono una ricostruzione parziale. In primo luogo, non includono la spesa associata all'assistenza ambulatoriale erogata in ambito ospedaliero pubblico; inoltre, non includono nè le spese per il personale di supporto, sanitario e non, nè quelle per l'acquisto di beni e servizi associate all'assistenza ambulatoriale erogata in strutture extra-ospedaliere pubbliche. Nel 1995, la spesa per l'assistenza specialistica così calcolata ammonta a 2.299 miliardi di lire che, rispetto ai 3.187 del 1992, ha fatto registrare una riduzione del 27,9% (cfr. Tabb. 4-11 e 4-12). Il calo si spiega in misura prevalente con l'inasprimento del sistema di compartecipazione alla spesa a partire dal 1993, introdotto dapprima dalla legge 438/92, che ha posto a carico del paziente l'intera tariffa delle prestazioni, fino ad un massimo di 100.000 lire per prescrizione, più il 10% dell'importo eccedente tale limite (mentre in precedenza si pagava il 50% delle tariffe fino ad un massimo di 70.000 lire per prescrizione), e successivamente ridotto dalla legge 724/94 che ha portato a 70.000 lire il massimale di spesa per prescrizione. Questa spiegazione appare confermata dall'esame separato delle due componenti di spesa. Infatti, la spesa per l'assistenza specialistica convenzionata interna non è direttamente influenzata dalle caratteristiche del sistema di compartecipazione alla spesa: da un lato, non dovrebbe risultare decurta-

ta dall'onere del ticket sostenuto dai pazienti (e, dunque, a parità di volumi di prestazioni erogate, non dovrebbe modificarsi); dall'altro lato, non risente, almeno nel breve termine, delle eventuali riduzioni della domanda legate all'incremento della compartecipazione, poichè si tratta per lo più di spese fisse, associate al funzionamento delle strutture ed alle modalità di remunerazione oraria dei medici convenzionati. La spesa per l'assistenza specialistica convenzionata esterna, viceversa, risulta direttamente influenzata, sia dall'entità della compartecipazione alla spesa da parte del paziente, sia da variazioni della domanda. Mentre la prima componente di spesa, tra il 1992 e il 1995, si è ridotta soltanto di 98 miliardi, la seconda ha registrato un calo di ben 790 miliardi, che spiega quasi il 90% del calo della spesa per l'assistenza specialistica nel suo complesso.

La spesa procapite media nazionale, nel 1992, è pari a 55.600 lire, di cui 20.200 per la specialistica convenzionata interna e 35.400 per quella esterna. Anche in questa area di spesa si riscontra una elevata variabilità interregionale: si passa da un valore massimo di 97.800 lire, registrato in Campania, ad uno minimo di 19.300 lire, registrato nella P.A. di Bolzano. Valori molto superiori alla media nazionale si riscontrano anche nel Lazio (88.000 lire) e in Sicilia (78.000 lire); valori molto inferiori, invece, si riscontrano nel Friuli-Venezia Giulia (19.900 lire), in Basilicata (23.100 lire) e nella P.A. di Trento (27.600 lire).

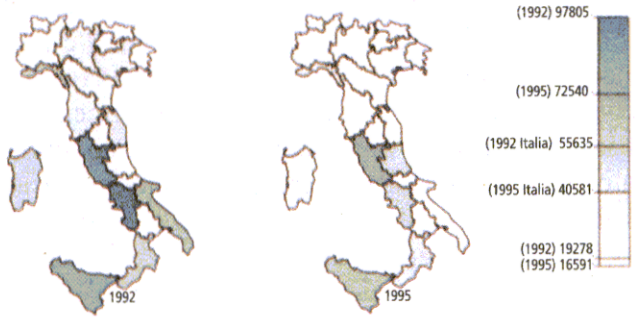
Nel 1995, la spesa procapite media nazionale è scesa a 40.600 lire, di cui 18.700 per la specialistica convenzionata interna e 21.900 per quella esterna (cfr. Fig. 10-A). La variabilità interregionale è ancora molto elevata: dal valore massimo di 72.500 lire registrato nel Lazio, a quello minimo di 16.600 lire registrato nel Friuli-Venezia Giulia. Valori ben sopra la media nazionale si rilevano ancora in Sicilia (63.900 lire) e in Campania (SS.000 lire); valori ben sotto la media, invece, si rilevano sempre nella P.A. di Bolzano (16.800 lire) e in Basilicata (17.200 lire). In entrambi gli anni si evidenziano, pertanto, valori tendenzialmente inferiori alla media nazionale nelle regioni centro-settentrionali ed emergono, quali casi eclatanti, le realtà siciliana e laziale, che continuano a registrare valori di spesa particolarmente elevati.

Nel 1995, l'assistenza specialistica interna spiega, a livello nazionale, il 46,1% della spesa complessiva per l'assistenza specialistica (cfr. Fig. 10-B). In diverse regioni il peso di questa componente è molto superiore; ad esempio, in Umbria rappresenta l'84% del totale, in Friuli-Venezia Giulia e nel Molise il 68,5% ed in Emilia Romagna il 65,8%.

A conferma di quanto già osservato in precedenza, è interessante evidenziare come il peso relativo della spesa per l'assistenza specialistica interna nel 1995 sia aumentato rispetto al 1992 (quando è pari al 36,3%) in tutto il paese, con la sola eccezione dell'Abruzzo (che passa dal 44,8% del 1992 al 23,6% del 1995). In alcune regioni l'incremento è consistente; ad esempio, in Campania si passa dal 22,5% del 1992 al 39,1% del 1995, in Puglia dal 28,5% al 57,1%, in Toscana dal 40,8% al 58.1%, in Umbria dal 62,5% all'84%.

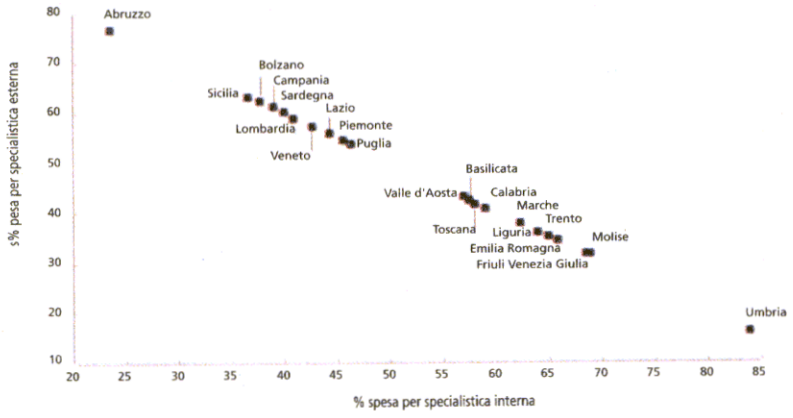
Fig. 10 assistenza specialistica convenzionata

A distribuzione regionale della spesa pro-capite per assistenza specialistica convenzionata



Nel 1992 la spesa procapite media nazionale è pari a £. 55.600. In questa area di spesa si riscontra una elevata variabilità interregionale. Valori superiori alla media nazionale si riscontrano in Campania, nel Lazio e in Sicilia. Valori inferiori, invece, si riscontrano nel Friuli Venezia Giulia, in Basilicata e nella P.A. di Trento. Nel 1995, la spesa procapite media nazionale è scesa a £. 40.600, ma la variabilità interregionale è ancora molto elevata.

B specialistica interna vs specialistica esterna (1995)



Nel 1992 la spesa procapite media per l'assistenza specialistica è pari a £. 55.600 di cui 20.200 per la specialistica convenzionata interna e 35.400 per quella esterna. Nel 1995, i valori di spesa si sono ridotti, rispettivamente, a £. 40.600, £. 18.700 e £. 21.900 . La variabilità interregionale è molto elevata, sia rispetto ai valori di spesa complessiva (si va dalle £. 15.600 pro capite nel Friuli Venezia Giulia alle £. 72.500 nel Lazio), sia rispetto alla sua composizione (il peso della spesa per la specialistica convenzionata esterna va da un minimo del 16%, in Umbria, ad un massimo del 76,4%, in Abruzzo).

L'altra assistenza

L'aggregato «altre prestazioni di assistenza sanitaria» o «altra assistenza», riportato nei rendiconti delle USL, rappresenta un insieme composito di molteplici funzioni di spesa. Le principali voci di spesa incluse sono quelle relative all'assistenza riabilitativa, all'assistenza integrativa (che include l'assistenza agli anziani, ai disabili e ai tossicodipendenti), all'assistenza protesica ed alle cure termali. La specificazione eterogenea del contenuto dei capitoli di spesa inclusi nell'aggregato in questione non ne consente una analisi dettagliata. Nel 1992, sono stati spesi per queste funzioni 5.173 miliardi di lire, ossia il 5,4% delle spese correnti totali. Il valore per il 1995 è di 6.095 miliardi, ossia il 6,6% delle spese correnti totali, con un incremento del 17,8% (cfr. Tab. 4-13). Pertanto, a fronte dei restanti aggregati di spesa, che rimangono sostanzialmente costanti o si riducono, questo rappresenta l'unico per la quale si continua a riscontrare un andamento tendenzialmente in crescita, tanto in termini assoluti quanto in termini relativi. Questa espansio- ne appare in buona parte riconducibile, da un lato, all'erogazione di ulteriori prestazioni sanitarie rispetto al passato, quali ad esempio l'assistenza sanitaria domiciliare agli anziani e l'assistenza prestata dalle Residenze sanitarie assistenziali (RSA); dall'altro lato, e più in generale, appare riconducibile ad un'aumentata assunzione da parte del S.S.N. dell'onere associato all'erogazione di prestazioni di natura socio-assistenziale. Nel 1992, la spesa procapite media nazionale è pari a 90.300 lire, con una variabilità compresa tra il massimo di 133.600 lire della Basilicata ed il minimo di 43.300 lire della Calabria. Notevolmente al di sopra della media nazionale si trovano: la P.A. di Trento, con 133.100 lire, l'Emilia Romagna, con 117.100 lire, la Lombardia, con 113.500 lire e la Sardegna, con 111.300 lire. Notevolmente al di sotto della media nazionale, invece, si trovano: le Marche, con 59.500 lire, la Puglia, con 60.400 lire, e la P.A. di Bolzano, con 60.900 lire.

Nel 1995, la spesa procapite media nazionale è pari a 107.600 lire. La Basilicata e la Calabria, anche per questo anno, fanno registrare il valore massimo e minimo, rispettivamente pari a 163.200 e 57.300 lire. Significativamente al di sopra della media nazionale si ritrovano la P.A. di Trento, con 158.100 lire e l'Emilia Romagna, con 133.900 lire, insieme al Veneto, con 140.600 lire; significativamente al di sotto della media nazionale, invece, si ritrovano la Puglia, con 72.800 lire e le Marche, con 78.500 lire, insieme al Lazio, con 81.000 lire.

4.5 CONSIDERAZIONI FINALI

L'analisi qui svolta delle spese del S.S.N. risulta necessariamente parziale per effetto dell'approccio sperimentale che si è voluto adottare, in considerazione della base informativa a disposizione, ancora incompleta relativamente al periodo in esame. Le innovazioni introdotte nei meccanismi organizzativogestionali del S.S.N. contestualmente al processo di riordino in corso consentiranno, nel prossimo futuro, di dispor-

re routinariamente di informazioni più dettagliate e mirate, anche ai fini di una migliore e più approfondita conoscenza dei principali fenomeni associati alla spesa sanitaria pubblica. I risultati illustrati nelle pagine precendenti, tuttavia, sembrano già indicare la validità di un'analisi della spesa in termini di livelli di assistenza. In particolare, offrono alcuni spunti utili per il governo del S.S.N. per quanto riguarda, sia la programmazione, sia la regolamentazione del sistema. Si evidenzia, difatti, la composizione delle spese effettive e la variabilità interregionale a questo riguardo. Tale variabilità riflette verosimilmente diversi orientamenti programmatori e scelte politiche a livello regionale, ma anche una eterogeneità delle singole realtà regionali relativamente a fattori influenti sull'evoluzione delle spese.

Da questo punto di vista, appare opportuno continuare a raffinare i meccanismi per la determinazione e la ponderazione della quota capitaria impiegata per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale. D'altro lato, diventa tanto più auspicabile che le nuove forme di regolamentazione e coordinamento del sistema, contenute nei provvedimenti di attuazione del riordino del S.S.N., consentano di garantire che l'inevitabile variabilità interregionale non incida negativamente sullo stato di salute, e sui diritti, dell'insieme dei cittadini italiani.

PAGINA BIANCA

5. Sintesi conclusiva

PAGINA BIANCA

5.1 PREMESSA

Questa edizione della Relazione sullo stato sanitario del Paese prende in considerazione un arco temporale nel corso del quale è stato avviato un significativo processo di riforma della Pubblica Amministrazione che ha interessato anche la sanità che, primo fra tutti i settori della P.A., ha subito, con il D.Leg.vo 502/92 così come modificato ed integrato dal successivo D.Leg.vo 517/93, profonde trasformazioni ed innovazioni riguardanti l'assetto istituzionale ed organizzativo.

Il citato Decreto, peraltro, modifica sostanzialmente i contenuti della Relazione connotandola anche quale strumento di verifica della attuazione delle linee programmatiche sanitarie del Governo.

L'art. 1, comma 6, recita: «...la Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della Sanità, espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale, illustra analiticamente e comparativamente costi, rendimenti e risultati delle unità del Servizio e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La Relazione fa menzione dei risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei Piani sanitari regionali...».

Inoltre, in base all'art 10, comma 3, e all'art. 14, comma 3, la Relazione assume anche il compito di riferire in merito al controllo di qualità dell'assistenza e alla tutela dei diritti del cittadino, tramite i sistemi degli indicatori di efficienza e di qualità e degli indicatori relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dei servizi.

Sulla base di tale articolato la Relazione rappresenta, quindi, un fondamentale strumento di monitoraggio della funzionalità del Servizio Sanitario assumendo la connotazione:

di documento illustrativo dello stato di attuazione del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani Sanitari Regionali;

di documento di verifica per la rideterminazione degli obiettivi; del nuovo Piano Sanitario Nazionale.

Al momento, tuttavia, anche in relazione alla fase di transizione in atto nel Sistema sanitario e alla necessità di mettere a punto una ulteriore e più sofisticata metodologia redazionale, non sono ancora pienamente verificate tutte quelle condizioni che consentono di predisporre una Relazione in grado di soddisfare completamente l'impianto e i compiti previsti dalle modifiche legislative.

Il conseguimento di tale obiettivo potrà essere realizzato con il necessario contributo di tutti i soggetti che interagiscono con il Ministro per il raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica e, in particolare, di tutte le componenti centrali, regionali e locali del Servizio Sanitario Nazionale.

La Relazione espone i dati ufficiali che riguardano gli anni dal 1992 al 1996, anni che registrano il passaggio tra due «epoche» e quindi concernono qualcosa che non c'è più e qualcosa che non c'è ancora.

Punto di arrivo e di partenza allo stesso tempo, la Relazione registra quindi ciò che avviene nella sanità proprio al momento in cui prende il via il nuovo ciclo, con USL a nuova dimensione e a connotazione «aziendalistica».

I dati illustrati risentono in alcuni casi della non completa rispondenza di alcune strutture locali alla richiesta di rilevazione sistematica a suo tempo predisposta; molte cifre, pertanto, non rappresentano la somma di tutti i numeri reali ma sono stime che partono da quelli pervenuti, riferite all'intera situazione regionale e/o nazionale.

Per le ragioni suddette queste considerazioni finali non indicheranno possibili soluzioni o strade da percorrere, ma vogliono costituire una base concreta ed obiettiva per la riflessione ai diversi livelli di decisione della Sanità, al fine di individuare le strade migliori da percorrere per rendere il servizio più efficiente e più rispondente alle esigenze della popolazione.

5.2 L'AVVIO DEL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO

La Relazione, innanzitutto, offre una panoramica dei cambiamenti cui il nostro servizio sanitario è andato incontro, attraverso l'analisi di tre dei suoi aspetti più rilevanti:

i modelli organizzativi e gestionali;
il sistema di finanziamento;
la qualità nelle modalità di erogazione delle prestazioni ed i rapporti con gli utenti.

Sono state costituite 228 Aziende sanitarie locali (rispetto alla 659 preesistenti) cui si aggiungono 91 Aziende ospedaliere. Il processo di riordino, pur se giunto a formale completamento normativo – nel corso del '95 e '96 in tutte le regioni, rimane ancora incompiuto; non tutte le aziende infatti sono regolarmente costituite (in alcune regioni sono in corso ristrutturazioni) e non tutte hanno regolari organi di governo (40% non hanno il direttore generale). Non tutte le regioni hanno emanato specifiche leggi di contabilità e di finanziamento per gli enti di gestione dell'assistenza sanitaria.

Al Piano Sanitario Nazionale approvato con D.P.R. 23 luglio 1994 n.107 – il primo dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale – sono stati adeguati solo quattro piani regionali ed ancora sei regioni sono prive di piano, anche se una significativa attività programmatica emerge comunque dal contesto dei provvedimenti emanati nelle varie realtà regionali. Tra il primo ed i secondi non sempre ed ovunque è dato registrare un forte grado di coerenza.

Nel Piano, in aggiunta alla individuazione di due progetti-obiettivo – Tutela materno-infantile, Tutela della salute degli anziani – e di tre azioni programmate – Prevenzione e cura delle malattie oncologiche, Trapianti d'organo, Assistenza a nefropatici cronici – è stata, altresì, rilevata l'opportunità di definire ulteriori indirizzi alle Regioni su patologie di rilevante interesse clinico e sociale.

A livello centrale sono stati definiti diversi provvedimenti quali: i Progettiobiettivo «Tutela della salute mentale» e «Aids»; le Linee guida sulle «residenze sanitarie assistenziali», sulla «prevenzione e cura delle malattie oncologiche», sugli «Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale». A livello locale, sia pure con differenti livelli di priorità in relazione alle differenti realtà regionali, tali argomenti hanno assunto rilevanza per la politica sanitaria risultando considerati e inclusi in provvedimenti normativi.

Rispetto ai due elementi che il PSN considera strategici per lo sviluppo di una corretta politica sanitaria, la ricerca e la formazione del personale, si hanno solo dati strutturali di intervento e non è possibile formulare un giudizio sui loro risultati, che andranno cercati con maggiore attenzione più avanti.

La ricerca – non è un fatto nuovo – resta sempre un punto delicato: al momento si può dire che ad essa vanno fondi limitati; in alcune regioni non vengono affatto attribuiti specifici finanziamenti, in altre si assiste ad interventi non continuativi, di modesta entità e non inseriti in una organica progettualità.

Per quanto riguarda la formazione le Regioni dimostrano, sul piano della normativa, una maggiore attenzione: in tutte le regioni – tranne due – sono state emanate specifiche disposizioni in tema di aggiornamento e formazione del personale e la nuova normativa di preparazione degli specializzandi sta prendendo piede con la stipula di convenzioni con le Università.

Il sistema di finanziamento delle Aziende, correlato alla remunerazione delle prestazioni secondo tariffe prestabilite e alle procedure di accreditamento delle strutture, è in fase di prima applicazione e pertanto non si possono ancora esprimere valutazioni in merito al suo funzionamento; si rilevano alcuni ritardi; esistono altresì anche differenziazioni da zona a zona; tutte le regioni hanno comunque emanato specifiche normative riguardanti la tariffazione. Nel paragrafo dedicato a questo argomento vengono evidenziati alcuni aspetti che meritano di essere oggetto di particolare attenzione al fine di valutare i comportamenti degli erogatori. È comunque, questo, un argomento che richiede ancora il completamento di alcuni elementi fondamentali per essere messo a regime, sia a livello centrale che periferico.

Il sistema di indicatori, per misurare la qualità delle prestazioni erogate dal S.S.N., individuato nelle sue grandi linee dai Decreti 502 e 517, è stato definito con la emanazione del Decreto 24 luglio 1995 concernente gli indicatori previsti ex art. 10/502 e più di recente con la emanazione del Decreto 15 ottobre 1996 concernente gli indicatori previsti ex art. 14/502; al momento tale sistema attende di essere messo in concreta applicazione; i risultati dovranno necessariamente essere rinviati alle prossime Relazioni. Anche in questo caso sono ricordati alcuni utili elementi di indirizzo. La Carta dei servizi mostra una sostanziale promulgazione da parte di circa il 50% delle aziende, percentuale che sale all'80% se si considera il numero delle Aziende che vi stanno provvedendo. Dall'analisi dei contenuti risulta come al solito una discreta difformità di indirizzo e di contenuti e che complessivamente le Carte

sono più viste come strumento di informazione sull'offerta dei servizi che non di valutazione da parte dei cittadini e di stimolo alla misura della loro soddisfazione. Le buone intenzioni tuttavia non mancano, se circa il 56% delle aziende dichiara di voler garantire la realizzazione di indagini sulla soddisfazione dei cittadini.

Lo stato di salute della popolazione

La descrizione dello stato di salute della popolazione viene effettuata tramite alcuni indicatori principali validi a denotare un quadro sintetico dei fenomeni essenziali della salute della nostra popolazione: la struttura demografica, la mortalità, gli eventi evitabili e le malattie croniche, utilizzano i dati più recenti disponibili che risalgono, a seconda del fenomeno considerato, agli anni 1993, 94, 9S mentre la descrizione dell'evoluzione dello stato di salute si è avvalsa di serie storiche a partire dal 1980-81. Sono stati utilizzati i dati disponibili a livello nazionale risultanti da statistiche routinarie sull'universo nazionale e da indagini nazionali rappresentative, ma anche da studi ad-hoc i cui risultati sono stati rapportati alla nazione, da registri di patologie e da sistemi di sorveglianza sulla cui rappresentatività e generalizzabilità gli esperti esprimono molti dubbi. Sarebbe necessario, per avere una descrizione più soddisfacente, attivare una discussione sulle fonti disponibili, promuovere un sistema di registri di patologie rappresentativi della realtà nazionale, promuovere, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, indagini campionarie sullo stato di salute della popolazione per la misura dei fattori di rischio predisponenti le patologie e la prevalenza delle patologie rilevanti.

In primo luogo occorre rilevare che in Italia è tuttora in corso una rilevante modifica della struttura della popolazione.

I dati demografici

Mostrano una situazione abbastanza stabile nel lasso di tempo considerato: crescita molto moderata, tendente allo stazionario, della popolazione autoctona, aumento della componente di immigrati dall'estero, sia pure con valori assoluti contenuti e comunque largamente inferiori ai livelli che si registrano negli altri Paesi europei. Continua ugualmente la tendenza alla concentrazione nelle grosse aree urbane, specie quelle metropolitane, polo di forte attrazione per italiani e stranieri. Il saldo naturale della popolazione, ancora attivo alla fine del 1994, è vicino allo zero nel 1995 e la variabilità regionale e molto accentuata; natalità e mortalità di pari passo rallentano.

Pur rimanendo sostanzialmente stabile, intorno ai 57 milioni, il numero di persone residenti, la quota di giovani va progressivamente riducendosi. Ormai essa non arriva al 15%, mentre era superiore al 21% all'inizio degli anni '80. L'indice di fecondità del nostro Paese è il più basso nel mondo ed in ben sei regioni del Centro-Nord siamo scesi al disotto di un figlio per donna. L'età media delle

madri alla nascita del primo figlio è superiore ai 27 anni, con punte di oltre i 29.

Per contro, gli anziani con almeno 65 anni sono quasi il 17%. L'indice di vecchiaia (rapporto tra anziani e giovani) ha decisamente superato la soglia di 100 anziani ogni 100 giovani, ha raggiunto, infatti, il valore di 113 ed è destinato a crescere ancora.

Dall'inizio degli anni '80 è quasi raddoppiata la quota dei molto anziani con almeno 80 anni che sono ora il 4% della popolazione. L'indice di vecchiaia non assume valori omogenei nè tra le regioni (in Liguria è quasi 230) nè tra i sessi, nelle donne esso è pari a 137.

I livelli di sopravvivenza della nostra popolazione sono tra i più alti d'Europa. In dieci anni la vita media degli uomini ha raggiunto i 74 anni con un aumento di oltre 3 anni e quella delle donne ha raggiunto gli 80 anni con un aumento di 2,8; il differenziale tra i sessi, ancora elevato, si è comunque ridotto.

I maggiori contributi all'aumento della sopravvivenza derivano dai guadagni realizzati nella vita anziana, anche se non vanno dimenticati ulteriori miglioramenti nel primo anno di vita, nel quale la probabilità di morte si è ridotta di quasi il 50 % in entrambi i sessi. In questo settore, tuttavia, a confronto con gli altri Paesi europei, bisogna ancora compiere qualche sforzo. Per quanto l'aumento della durata della vita e del numero di anziani non significhi di per se un parallelo aumento di malati, tuttavia l'invecchiamento della popolazione porta ad una modifica della frequenza delle patologie e del numero di anziani non autosufficienti.

Considerando la popolazione italiana nel suo complesso, i tassi di mortalità sono andati diminuendo dal 1980 al 1993 sia per gli uomini che per le donne, sia per effetto di un grande decremento della mortalità infantile che per la diminuzione della mortalità per alcune delle principali cause di morte. L'unica classe di età che, a partire dalla metà degli anni '80, ha subito un incremento di mortalità è quella dei giovani adulti sui quali agisce l'epidemia di AIDS.

La mortalità

Avviene soprattutto per malattie cronico-degenerative: le malattie del sistema circolatorio, pur essendo in diminuzione, spiegano ancora il 44% dei decessi ed i tumori ne spiegano il 28%.

Va evidenziato che, a partire dalla metà degli anni '80, la mortalità per tumore, per tutte le età, non è più andata aumentando come nel periodo precedente ma ha raggiunto un tasso abbastanza costante; se ci si limita ad osservare il tasso di mortalità per tumore nella popolazione al di sotto dei 65 anni, si osserva una significativa diminuzione.

La riduzione della mortalità prima dei 65 anni viene evidenziata anche da un altro indicatore, quello della mortalità evitabile in seguito ad azioni di «Prevenzione primaria» o di «Diagnosi precoce e terapia» o di «Igiene e assistenza sanitaria». I tassi di mortalità evitabile sono diminuiti di circa il 25% in 10 anni.

Il numero assoluto di decessi evitabili, che all'inizio degli anni '80 era di circa 58.000 per anno per gli uomini e 25.000 per le donne, è di-

ventato all'inizio degli anni '90 di circa 50.000 tra gli uomini e 20.000 tra le donne. Inoltre a partire dalla seconda metà degli anni '80 sono stati raggiunti in Italia significativi risultati nella prevenzione e controllo delle malattie infettive. Poliomielite, difterite, tetano sono eventi scomparsi o sporadici; epatite A ed epatite B sono in diminuzione. Altre malattie oggetto di programmi di vaccinazioni facoltative quali morbillo, rosolia, parotite, pertosse sono ancora presenti nella popolazione infantile in forma endemica con cicliche fasi epidemiche a causa degli ancora scarsi livelli di copertura vaccinale tra la popolazione bersaglio. Contrastano con questo quadro di generale miglioramento l'epidemia di AIDS, l'aumento dell'incidenza della tubercolosi, la persistenza delle salmonellosi e delle brucellosi.

In grande sintesi si può dire che la mortalità registra gli effetti di una «industrializzazione della patologia», con valori maggiori al Nord che al Sud; le donne mostrano le stesse tendenze dei maschi, anche se con valori molto più bassi, eccetto che nei fenomeni cerebrovascolari, dove sono al primo posto. Per questa specifica patologia e per quella del digerente il Sud supera il Nord; la Sicilia detiene il primato per gli episodi vascolari del cervello, mentre spetta alla Campania quello della mortalità per cirrosi epatica. Il trend mostra ancora qli effetti del fumo del tabacco. con un aumento della mortalità per tumori del polmone, nonchè una crescita dei tumori del seno, segno di carente prevenzione; prosegue la diminuzione della mortalità per infarto del miocardio a fronte della quale dobbiamo registrare una purtroppo inarrestabile crescita dei morti per AIDS. Fra gli uomini si è avuto un aumento di un fattore dieci in circa nove anni; un fortissimo incremento si registra anche fra le donne, sia pure in termini più contenuti.

Nell'ambito delle patologie croniche

Si stima che nella prima metà degli anni '90 vengano diagnosticati in Italia ogni anno circa 270.000 nuovi casi di tumore, circa 100.000 nuovi casi di malattie ischemiche, tra 100 e 160.000 nuovi casi di malattie cerebrovascolari. Si stima inoltre che il numero totale di italiani che soffrono di una malattie ischemica rappresenti circa l'1% della popolazione generale, che circa 1.400.000 siano gli italiani viventi dopo aver avuto una diagnosi di tumore in qualche momento della loro vita, che circa l'8% delle classi di età superiori ai 65 anni soffrano di una demenza invalidante.

Il quadro generale che risulta dai dati riportati in questa relazione è piuttosto contraddittorio: da un lato vanno sottolineati i grandi progressi avvenuti in questi anni nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle patologie croniche e infettive che hanno prodotto un consistente allungamento della vita media, dall'altro va evidenziata la prevalenza di patologie tumorali, cardio e cerebro-vascolari, la persistenza di fenomeni negativi quali la quota ancora non trascurabile di eventi evitabili, la presenza di patologie infettive emergenti o riemergenti, l'aumento delle patologie psichiatriche e del sistema nervoso. Va comunque

sempre tenuto presente che anche quando i dati medi nazionali sono confortanti, vi sono spesso differenze territoriali che penalizzano fortemente alcune aree del Paese.

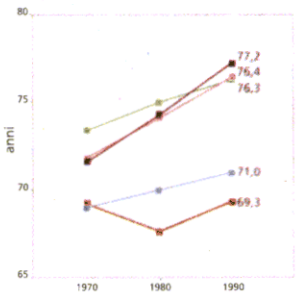
Infatti, sebbene il dato risulti molto positivo a livello nazionale, non lo è altrettanto quando si va al confronto regionale, dove le differenze sono ancora notevoli ed a scapito del mezzogiorno. In alcune regioni di questa area geografica permangono ancora i segni di un'elevata, inaccettabile, mortalità infantile.

I problemi che affliggono lo stato di salute degli italiani non sono dissimili da quelli che caratterizzano gli altri paesi dell'Europa occidentale. Se paragoniamo il nostro Paese ed il resto dell'Europa, l'Italia si colloca più che dignitosamente nelle medie europee (Fig.1) (1).

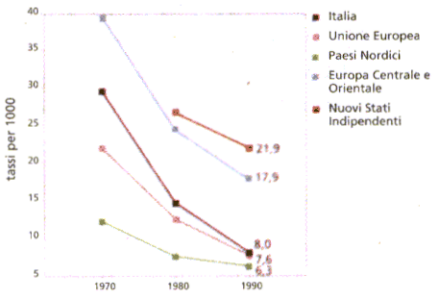
(1) Nella Fig 1 vengono riportati i dati di fonte O M 5, la cui standardizzazione non co ncide con quella adottata per i dati italiani, e pertanto si possono avere, rispetto a questi ultimi delle piccole differenze.

Fig. 1 confronti internazionali (dati O.M.S. - banca dati HFA)

A speranza di vita alla nascita

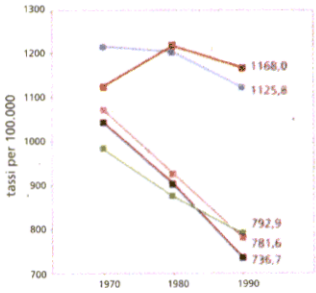


mortalità infantile

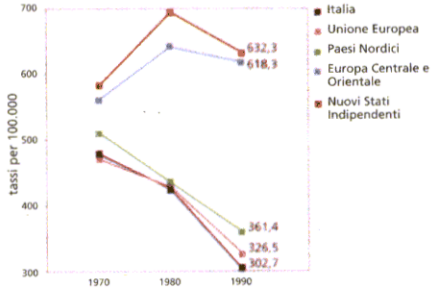


La speranza di vita alla nascita in Italia è passata da 71 anni circa del 1970 ai 77 anni circa del 1990 ed è superiore al valore medio che si registra nei paesi dell'Unione Europea, nella Europa centrale e orientale, nei Paesi Nordici e nei Nuovi Stati Indipendenti.
La mortalità infantile è crollata da un tasso del 29,6 per 1.000 del 1970 ad un tasso dell'8 per 1.000 nel 1990, valore tuttavia ancora superiore a quello dei paesi della U.E. (7,6) e dei paesi nordici (6,4).

B mortalità per tutte le cause

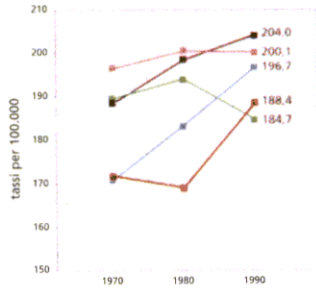


mortalità per malattie del sistema circolatorio

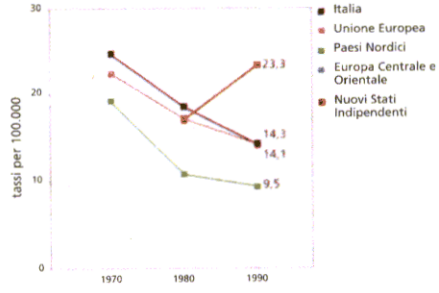


La mortalità per tutte le cause e la mortalità per malattie del sistema circolatorio sono diminuite rispetto al 1970 fino ad arrivare rispettivamente ad un tasso di 736,7 per 100.000 abitanti e di 302,7 nel 1990, valori inferiori a quelli che si registrano nei paesi della Unione Europea, nella Europa centrale ed orientale, nei Paesi Nordici e nei Nuovi Stati Indipendenti.

C mortalità per neoplasie maligne



mortalità per incidenti stradali



La mortalità per neoplasie maligne è aumentata rispetto ai valori del 1970, passando da un tasso del 188,5 per 100.000 abitanti ad un tasso di 204,1 del 1990, valore superiore a quello di tutte le aree regionali di confronto, compresi i Paesi Nordici.
La mortalità per incidenti stradali è diminuita dal 24,7 per 100.000 abitanti del 1970 al 14,4 del 1990, valore pressoché uguale a quello dei paesi della U.E. (14,2), ma ancora inferiore a quello dei Paesi Nordici (9,5).

5.4 I SERVIZI E L'ASSISTENZA SANITARIA

Pur con tutte le precauzioni del caso, si possono trarre alcune considerazioni a livello macro, indicatrici di tendenza e quindi utilizzabili per introdurre meccanismi di correzione dei trend o addirittura di una inversione degli stessi.

Quattro ordini di problematiche possono essere individuate e descritte con sufficiente precisione: il centralismo ospedaliero, rapporto con la popolazione e funzioni della medicina generale, la medicina dei servizi e la prevenzione, la mobilità ospedaliera.

a) Centralismo ospedaliero

Costituisce senza alcun dubbio il fenomeno più macroscopicamente risultante: il Paese è fittamente ricoperto di una diffusa rete di istituti di ricovero (in alcune aree rappresentati da una forte presenza di istituzioni convenzionate), con un rapporto posti-letto/popolazione molto elevato. Il loro utilizzo è altrettanto elevato a giudicare dal numero delle degenze, molte delle quali sono da ritenere senza dubbio improprie. Ciò è avvalorato dal fatto che quasi 5 milioni di italiani sono stati ricoverati nel 1995 in reparti cosiddetti di base (pediatria, ostetricia e ginecologia, medicina e chirurgia generali). Nel mentre la tendenza generale, nel mondo intero, è quella di considerare sempre più il ricovero ospedaliero una necessità riservata alle malattie di particolare rilevanza e l'aziendalizzazione operata con il D.Leg.vo 502/92 supporta appunto una tendenza alla specializzazione sempre più elevata dei nosocomi. Nel nostro Paese siamo ancora fermi ad un uso dell'ospedale non in linea con le moderne tendenze. Probabilmente anche per vicariare carenze della società in altri settori, che fanno utilizzare l'ospedale per soddisfare bisogni non sanitari, come anche probabilmente per insufficienze delle strutture sanitarie periferiche a coprire l'intera gamma dei bisogni sanitari. Non va tuttavia sottaciuto anche un uso centralistico della struttura ospedaliera, legato in primo luogo alla tendenza dei medici ivi presenti, specialisti e non, ad intrattenere rapporti diretti con i pazienti venendo a mancare la utile collaborazione con il medico di base.

b) Rapporto con la popolazione e funzioni della medicina generale

Complessivamente, ad eccezione di pochissime realtà regionali, il rapporto medici di base/popolazione è da ritenersi sufficientemente buono, specie in presenza di una elevata attività ospedaliera, nonchè di una discreta rete poliambulatoriale, della quale tuttavia non si conosce con esattezza l'entità del funzionamento.

È fortemente carente a questo livello la componente dei medici specialisti pediatri, per cui parte delle energie dei medici di medicina generale è riversata per coprire le necessità della popolazione con età

inferiore ai 14 anni. Giova infatti ricordare che, nella popolazione degli iscritti compresa tra 0-14 anni, il rapporto tra assistibili e gli iscritti effettivi con i pediatri di base è di 2 a 1 nella media nazionale, arrivando anche sino a 3-4 ad 1 in diverse regioni. Peraltro a livello ospedaliero i reparti di pediatria mostrano in generale una bassa utilizzazione; si potrebbe quindi ipotizzare un migliore uso delle risorse umane ivi presenti per le necessità del territorio, in forma di day hospital o meglio di attività ambulatoriale ed anche domiciliare. In tal modo si arriverebbe in tutto il Paese ad un rapporto cittadini/medico generale quasi ottimale, cosicchè questa categoria di professionisti potrebbe dedicarsi con migliore e più proficua attenzione alle esigenze dell' Assistenza Sanitaria di base, che attualmente sono coperte prevalentemente solo per ciò che riguarda la terapia. Si potranno liberare così energie per quelle attività che oggi sono solo sporadicamente coperte quali l'educazione sanitaria, la prevenzione, la promozione della salute. Quella medicina di iniziativa, cioè, che da più parti si rivendica ma che è ancora lontana dall'essere introdotta sistematicamente nel nostro Paese.

c) La medicina dei servizi e la prevenzione

È questo il settore più debole, nel quale sia personale che strutture sono largamente deficitari per pensare ad una efficace realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dagli orientamenti internazionali: dai 38 obiettivi dell'OMS alla Carta di Ottawa per la promozione della salute, alla Conferenza di Rio per l'ambiente, sino ai più recenti della Banca Mondiale.

Le strutture per la prevenzione, quelle destinate ad alcuni gruppi specifici di popolazione (le donne, i lavoratori, i malati di mente, i tossicodipendenti ma anche gli anziani, gli immigrati ed altri gruppi marginali) richiedono un forte interessamento e potenziamento, per una gestione più efficace di queste problematiche.

d) La mobilità ospedaliera

È questo un altro elemento the merita una particolare attenzione, anche in quanto la sua riduzione costituisce uno degli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Naziona le.

Nel periodo 1992/95 oltre mezzo milione di italiani ogni anno si sono mossi dalla propria residenza per essere ricoverati in strutture poste al di fuori della propria regione.

Ancora una volta sono prevalentemente i cittadini del meridione che si spostano per lo più verso le regioni del Centro Nord; il fenomeno, tuttavia, in parte può esprimere anche una più razionale distribuzione sul territorio di strutture altamente specialistiche potendo individuare flussi migratori di pazienti diretti verso tali strutture.

5.5 LA SPESA

La conoscenza e la comprensione dei fenomeni principali che caratterizzano la spesa sanitaria negli anni compresi tra il 1992 ed il 1995, cioè nel periodo immediatamente precedente l'attuazione del riordino del SSN previsto dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, costituisce un prerequisito importante per l'impostazione e lo svolgimento di un governo efficace del nuovo assetto organizzativo-finanziario del S.S.N. In particolare, dato il forte decentramento decisionale che contraddistingue il nuovo disegno del S.S.N., è importante riconoscere le variazioni interregionali riscontrabili nell'andamento e nella composizione della spesa sanitaria e cercare di individuarne i principali fattori sottostanti.

L'analisi della spesa del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un tentativo di costruire un «ponte» fra la situazione del passato e quella del futuro e si basa principalmente su di una ricostruzione retrospettiva della spesa sanitaria associata alle diverse categorie di prestazioni di assistenza considerate nella programmazione sanitaria nazionale e regionale. Questo tentativo prende le mosse dall'esame della spesa sanitaria pubblica nel suo complesso e poi procede, dapprima, con una valutazione della spesa ricostruita relativamente ai tre livelli di assistenza per i quali si sono potute ricostruire retrospettivamente le spese e, quindi, con un'analisi più tradizionale della spesa per le restanti principali aree.

Complessivamente la spesa totale del nostro Paese è bassa, 5,2% del PIL, essendosi fra l'altro ridotta del 3% rispetto al 1992, vale a dire del 17% a valori costanti. Pesano tuttavia in questo quadro forti differenze regionali ed una costante di scarsi investimenti.

La base-dati attualmente disponibile consente di ricostruire solo la spesa relativa ai livelli dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza sanitaria di base e delle attività di supporto, i quali, tuttavia, complessivamente rappresentano oltre tre quarti della quota capitaria totale.

L'attuale sistema informativo, preesistente al processo di riordino, non consente, infatti, di ricostruire agevolmente i flussi di spesa in relazione ai livelli di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale.

A tal fine il Ministero ha avviato la revisione dei flussi informativi sanitari ed è stato predisposto, d'intesa con le Regioni, un nuovo sistema che, a partire dal 1997, consentirà di far fronte al fabbisogno informativo centrale e regionale facendo proprie anche le esigenze di altre amministrazioni centrali.

Le stime sono state effettuate per il 1992 e per il 1994, piuttosto che per il 1995, dal momento che sono attualmente disponibili per quest'ultimo anno i dati finanziari ma non sono ancora definitivi i dati sul personale e sulle attività delle USL.

I risultati sono i seguenti:

A) Assistenza ospedaliera

La spesa per gli ospedali rappresenta il 55% del totale, con un incremento del 3,5 rispetto al 1992. L'80% di essa è riversata nel settore

pubblico (con valori estremi di 51 nel Lazio e 97 in Basilicata). È più bassa, generalmente al Sud, presentando una variabilità dei costi regionali molto forte: fatto 100 il valore medio, nel 1992 si registra 68 in Campania e 168 nella P.A. di Trento, nel 1994 si va dal valore di 72 per la Campania a 138 per la P.A. di Bolzano. Non c'è dubbio che su tali valori abbia un peso la migrazione fra regioni per cause di ricovero ospedaliero. Nel complesso si può dire che dove c'è più ricchezza c'è anche maggiore spesa, maggiore presenza di personale e più forte immigrazione.

B) «Assistenza sanitaria di base»

Essa si articola nei tre livelli analitici seguenti: medicina generale, assistenza farmaceutica e assistenza territoriale domiciliare. L'attribuzione retrospettiva delle spese delle USL a questo livello conduce inevitabilmente ad una sua parziale sottostima, poichè i dati di spesa attualmente disponibili non consentono di evidenziare, ed includere nei calcoli, le spese sostenute dalle USL per l'assistenza domiciliare. Tuttavia, consente di analizzarne le due componenti principali: la spesa sostenuta per l'assistenza medico generica, sia per i medici di medicina generale, sia per i pediatri di libera scelta, e la spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica convenzionata.

La spesa per l'Assistenza sanitaria di base mostra una riduzione nel triennio considerato: Ì assistenza della medicina generica e della pediatrica, prese assieme, assorbono il 17,5% delle spese totali; altissima è ancora una volta la variabilità regionale (23,5% in Sicilia, 10,6% nella P.A. di Bolzano). La spesa farmaceutica rappresenta la voce più importante del comparto (72% nel 1992 e 66% nel 1994); il calo registrato nel complesso potrebbe essere legato al risparmio realizzato in questo settore di spesa. Il consumo di farmaci appare connesso con il PIL, ma anche con la tipologia degli assistiti e la qualità dei medici (che sono certamente correlati).

Una possibile conclusione che viene avanzata è quella di una maggiore responsabilizzazione dei medici, considerati veri e propri ordinatori di spesa.

C) I servizi di supporto

Costituiscono una parte essenziale di qualsiasi organizzazione, ivi compreso il S.S.N. D'altra parte, le risorse finanziarie destinate ai servizi amministrativi rappresentano inevitabilmente risorse «sottratte» alle attività direttamente produttive, ossia, nel caso del S.S.N., all'erogazione di prestazioni sanitarie. Ne deriva l'importanza e l'utilità di conoscere, e di poter valutare, tanto l'entità quanto la composizione delle «spese amministrative». Peraltro, questa voce di spesa assume un'importanza tanto più rilevante in questa fase, se si considera che il processo di riordino del S.S.N., attualmente in corso, comporterà inevitabilmente per le USL l'assunzione di nuove spese amministrative rispetto alla situazione attua-

le (associate, ad esempio, alla gestione del nuovo sistema di pagamento mediante tariffe per prestazione e alla regolamentazione dei nuovi rapporti tra i diversi soggetti del SSN). Le voci di spesa incluse nella definizione delle spese relative al livello dei servizi di supporto sono associate alle attività di gestione, supervisione, coordinamento e controllo dell'organizzazione del SSN. La spesa per servizi ed attività di supporto all'organizzazione assistenziale considera soltanto le uscite delle USL, non essendo analizzate le spese sostenute dalle Regioni; essa è pari al 6,5% nel 1992 ed al 6,9% nel 1994, di cui rispettivamente il 69-66,5% per il personale e 31-33,5% per i beni. Siamo ancora una volta di fronte ad una grande variabilità regio- nale, oscillando tra il 9,2% (P.A. Bolzano) ed il 5,4% (Veneto). È soprattutto nella composizione di questa voce di spesa che la variabilità regionale trova la più grande espressione, rivelando una notevole differenza di modelli organizzativi regionali; essa rende conto dei molto diversi stadi di sviluppo del servizio sanitario che si registrano nelle varie realtà regionali del Paese e nella diseguaglianza dell'offerta al cittadino. E tuttavia, al di la di queste considerazioni, non essendo ancora possibile misurare il prodotto effettivamente erogato – specialmente in rapporto alla copertura del reale fabbisogno anche in termini di soddisfazione soggettiva – il giudizio deve necessariamente rimanere sospeso e rinviato a tempi successivi.

L'analisi della spesa per le altre due forme di assistenza (condotta, invece, con metodi tradizionali) mostra che la spesa per l'assistenza specialistica (interna ed esterna) e per l'altra assistenza (protesica, riabilitativa, integrativa, termale) rappresentano il 9% della spesa totale. La specialistica è in lieve calo dal '92 al '95, con una tendenza all'aumento di quella interna. Grande è la variabilità regionale: al disotto della media nazionale Nord e Centro; Lazio e Sicilia mostrano valori particolarmente difformi dal resto del Paese. La spesa per la restante parte è in crescita, come ci si potrebbe aspettare, viste le caratteristiche della nostra popolazione e della sua patologia, passando dal 5,4% del '92 al 6,6% del '95. Siamo sempre però in presenza di una variabilità interregionale talmente forte (43.300 lire pro-capite della Calabria contro 133.600 della Basilicata) che è difficile emettere giudizi sulla congruità o meno di questa voce di spesa.

PAGINA BIANCA

Allegato statistico

PAGINA BIANCA

FINANZIAMENTO CORRENTE E IN CONTO CAPITALE DEL SSN
Ricerca, tab. 17
Anni 1993 - 1995

(*milioni di lire*)

capitolo 1 tabella n.1

Enti beneficiari e titolari dei finanziamenti	1993		1994		1995 (3)	
	corrente	*c/capitale* (2)	*corrente*	*c/capitale* (2)	*corrente*	*c/capitale*
IRRCS (ricerca corrente)	217.000		234.000		234.000	
IRRCS (ricerca finalizzata)	26.000		26.000		26.000	
IZS (ricerca corrente)	40.000		6.000		5.000	
IZS (ricerca finalizzata)	(1)		4.000		5.000	
ISS	46.000		15.000		15.000	1.330
ISPESL	7.000		10.000		10.000	
DIP.TO PROGR.NE (sperimentazioni)	24.000		77.000		13.200	
AGENZIA per i Serv. san. reg.li	5.000		5.000		5.000	
S. ANDREA						5.320
TOTALE	**365.000**	**8.000**	**377.000**	**3.000**	**313.200**	**6.650**

Stanziamenti disposti dalla legge finanziaria, Tab. C, ex art. 12, D L.vo 502/92, a valere sullo stato di previsione della spesa del Ministero della Sanità (Tab. 17).

(1) Ricompresa nella ricerca corrente.

(2) Non ripartiti.

(3) Gli stanziamenti corrente e in conto capitale ammontavano rispettivamente a 348.000 mil. e a 7.000 mil e sono stati ridotti del 10% dalla L. 85/95.

capitolo 1 tabella n 2

Stato della ricerca, Convenzioni con Policlinici, Formazione del Personale

	Ricerca di base e applicata	Convenzioni (stipulate o in corso di stipula) con Policlinici Universitari finalizzate a :			
		Costituzione di Policlinici	Formazione medici	Form pers.le tecnico	Elabor. PSR
PIEMONTE	0	n	s	s	n
V. D'AOSTA	0	n	n	s	s
LOMBARDIA	20 m ldi nel triennio 93/95	n	s	s	n
BOLZANO	0	n	s	n	n
TRENTO	0	n	n	n	n
VENETO	circa 3 mld di in media per anno	n	s	s	n
FRIULI V G	0	n	n	n	n
LIGURIA	0	n	n	n	n
EMILIA-ROMAGNA	3 mld in media per anno	n	s	s	n
TOSCANA	2 mld in media per anno	n	s	s	n
UMBRIA	0 5 mld per il solo 1992	nd	nd	nd	nd
MARCHE	0	n	s	s	n
LAZIO	0	s	s	s	n
ABRUZZO	0	n	s	n	n
MOLISE	0	n	s	s	n
CAMPANIA	5 mld dal 1996	n	n	s	n
PUGLIA	nd				
BASILICATA	0	n	n	n	n
CALABRIA	0	n	s	s	n
SICILIA	nd				
SARDEGNA	5 mld in media per anno	s	s	s	s

		Categorie di personale per le quali sono state attivate iniziative di aggiornamento professionale						
	Aggiornamento professionale	medico	sanitari non	profes.n ale	Amm v o	amm.vo non	infermi eri	tecnico sanitari
PIEMONTE	3 mld dal 1995	s	s	s	s	s	s	s
V. D'AOSTA	0 5 mld per anno	s	s	s	s	s	s	s
LOMBARDIA	15 mld per anno	s	s	s	s	s	s	s
BOLZANO	1,6 mld per anno	s	s	n	n	s	s	s
TRENTO	2,5 mld per anno	s	s	s	s	s	s	s
VENETO	nd	s	s	s	s	s	s	s
FRIULI V.G.	n	n	n	n	n	n	n	n
LIGURIA	4 mld per anno in media	s	s	s	s	s	s	s
EMILIA-ROMAGNA	regionali ma non sono previsti stanziamenti	s	s	s	s	s	s	n
TOSCANA	4 mld per anno in media	n	n	s	n	s	s	n
UMBRIA	0,7 mld per anno in media	s	s	s	s	s	s	s
MARCHE	mediante fondi di parte corrente delle USL	s	s	s	s	s	s	s
LAZIO	2, 5 mld per anno in media	s	s	n	n	n	n	n
ABRUZZO	regionali ma non sono previsti stanziamenti	s	s	n	s	s	s	s
MOLISE	non previsto	n	n	n	n	n	n	n
CAMPANIA	impegno pluriennale di 26 mld a partire dal 1996	s	s	s	s	s	s	s
PUGLIA	nd							
BASILICATA	0 8 mld per anno in media	s	s	s	s	s	s	s
CALABRIA	4 mld per anno (1995/97)	s	s	s	s	s	s	s
SICILIA	nd							
SARDEGNA	2 mld per anno in media	s	s	s	s	s	s	s

SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN

Analisi per enti, funzioni di spesa e principali voci di finanziamento

Anni 1991 - 1995

capitolo 1 tabella n.3

(miliardi di lire)

	1991			1992			1993			1994			1995		
		compos %	+ / - anno preced. %		compos %	+ / - anno preced %		compos %	+ / - anno preced %		compos %	+ / - anno preced %		compos %	+ / - anno preced %
SPESA (1)	**93888**	**100,0**	**17,0**	**96.292**	**100,0**	**2,6**	**95.260**	**100,0**	**-1,1**	**96.777**	**100,0**	**1,6**	**95.369**	**100,0**	**-1,4**
- REGIONI	93438	99,5	17,0	95.503	99,2	2,2	94.628	99,3	-0,9	94 557	97,7	-0,1	92 795	97,3	-1,9
Personale	36994	39,4	18,9	38 316	39,8	3,6	38 809	40,7	1,3	39.054	40,4	0,6	39 433	41,3	1,0
Beni e servizi	16077	17,1	13,0	17 708	18,4	10,1	17 786	18,7	0,4	18.642	19,3	4,8	18 148	19,0	-2,8
Medicina generale convenzionata	5570	5,9	13,7	5.433	5,6	-2,5	5.425	5,7	-0,1	5 549	5,7	2,3	5 527	5,8	-0,4
Farmaceutica convenzionata	15059	16,0	7,1	14.209	14,8	-5,6	12 588	13,2	-11,4	11 028	11,4	-12,4	10.112	10,6	-8,3
Ospedaliera convenzionata	8985	9,6	14,5	9.914	10,3	10,3	10.215	10,7	3,0	10 493	10,8	2,7	10.420	10,9	-0,7
(Osp pubb stimata 80% Pers + 75% B.e	(41 653,0)	(44,4)	(17,1)	(43 933,8)	(45,6)	(5,5)	#######	(46,6)	(1,0)	(45 224,7)	(46,7)	(1,9)	########	(47,3)	((0,1))
Specialistica interna convenzionata	1120	1,2	28,7	1 157	1,2	3,3	1.143	1,2	-1,2	1 096	1,1	-4,1	1.060	1,1	-3,3
Specialistica esterna convenzionata	2620	2,8	-0,4	2 030	2,1	-22,5	1 505	1,6	-25,9	1.375	1,4	-8,6	1.262	1,3	-8,2
Altra assistenza convenzionata (2)	4638	4,9	32,6	5 173	5,4	11,5	5.453	5,7	5,4	5 885	6,1	7,9	6 126	6,4	4,1
P.S N e obiettivi di piano regionali	1050	1,1		494	0,5	-53,0	599	0,6	21,3	596	0,6	-0,5	537	0,6	-9,9
Interessi passivi	620	0,7	77,1	1.069	1,1	72,4	1 105	1,2	3,4	839	0,9	-24,1	170	0,2	-72,7
Vincolate	705	0,8	93,7	(3)			(3)			(3)			(3)		
- ALTRI ENTI (4)	450	0,5	12,5	586	0,6	30,2	392	0,4	-33,1	401	0,4	2,3	636	0,7	58,6
- REGIONI (relativa ad anni preced.) (Rip. dis '90)				203	0,2		240	0,3	18,2	1.819	1,9	657,9	1.958	2,0	7,6

capitolo 1 tabella n 3

FINANZIAMENTO	88192	93,9	31,1	93.259	96,9	5.7	88.142	92,5	-5.5	89.335	92,3	1,4	94.052	97,8	5,3
- REGIONI	87742	93,5	31,2	92 470	96,0	5 4	87 510	91,9	-5,4	87 115	90,0	-0,5	91 458	95,9	5,0
Entrate proprie (5)	2532	2,7	61,1	2 331	2,4	-7 9	2 620	2,8	12,4	3 204	3,3	22 3	3 472	3,6	8,4
Partecipazioni regioni statuto speciale	1220	1,3	25,5	1 969	2,0	61 4	2 284	2,4	16,0	2 601	2,7	13,9	3 130	3,3	20,3
Quota di accesso ex art 6, L 438/92							831	0,9							
Contributi di malattia							40 334	42,3		44 855	46,3	11,2	48 425	50,3	8,0
Quote indistinte (FSN) (6)	83285	88,7	30,2	87 518	90,9	5 1	41 245	43,3	-52,9	36.296	37,5	-12,0	35 332	36,7	-2,7
Quote vincolate (FSN) (7)	705	0,8	93,7	652	0.7	-7,5	196	0,2	-69,9	159	0,2	-18,9	1 099	1,1	591,2
- ALTRI ENTI (FSN) (4)	450	0,5	12,5	586	0,6	30,2	392	0,4	-33,1	401	0,4	2,3	636	0,7	58,6
- REGIONI (relativo ad anni preced) (Rip dis '90) (FSN)				203	0,2		240	0,3	18,2	1 819	1,9	657,9	1 958	2,0	7,6
(FSN TOTALE UTILIZZATO)	84440	89,9	30,5	88.959	92,4	5.4	42 073	44,2	-52,7	38 675	40,0	-8,1	39 025	40,5	0,9
DISAVANZO	**5696**	**6,1**	**-56,2**	**3.033**	**3,1**	**-46,8**	**7.118**	**7,5**	**134,7**	**7.442**	**7,7**	**4,6**	**1.337**	**1,4**	**-82,0**
A carico dello Stato	3797	4,0					3 480	3,7							
A carico delle Regioni	1899	2,0													
Da ripianare				3.033			3 638	3,8		7 442			1 337		

Per il 1995 per Marche, Abruzzo, Sicilia e Sardegna le spese e le entrate proprie sono stimate, per tutte le regioni sono stimati i contributi di malattia

(1) Per il 1989, 1990 e 1991 i dati di spesa sono desunti dalle verifiche di spesa effettuate in contraddittorio tra Stato e Regioni,
per gli altri anni i dati di spesa sono desunti dal 4° rendiconto trimestrale delle ASL e AO e non ricomprendono le somme relative alle compartecipazioni sanitarie ed ai trasferimenti al FSN
per il 1993 sono comprese le spese fuori bilancio della regione Calabria,
per la spesa farmaceutica la differenza tra l'importo contabilizzato e quello comunicato direttamente dagli Assessorati e dalla Federfarma è dovuta alla spesa per altri prodotti venduti in farmacia ma che dovrebbero invece imputarsi alla voce "altra assistenza convenzionata"

(2) Integrativa, riabilitazione, protesica, cure termali, assistenza anziani e disabili, comunità terapeutiche, trasporti sanitari

(3) Importi ripartiti tra le altre funzioni di spesa

(4) CRI, IZS (finanziamento corrente), Cassa DD PP (mutui prerifoma), Università (borse di studio specializzandi), IRCCS (ricerca corrente e finalizzata, fino al 1992), B GESU'.

(5) Dal 1992 sono desunte dai rendiconti delle ASL e AO al netto delle compartecipazioni sanitarie.

(6) Per gli anni antecedenti al 1992 corrisponde al FSN al netto degli importi di competenza dell'anno per le "altre differenziali" ("altri enti") e per le "vincolate", per il 1991 e 1992 comprende le integrazioni disposte con L 67/93 (5 600 mld e 6 130 mld rispettivamente)

(7) Dal 1992 si considerano le quote vincolate effettivamente utilizzate (comprese quelle di esercizi pregressi non utilizzate nell'anno di competenza bensì in quello in cui le relative spese sono state effettivamente sostenute)

FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
FSN per regioni e altri enti
Anni 1991 - 1995
(milioni di lire)

capitolo 1 tabella n.4

	1991	+/- anno preced. %	1992	+/- anno preced. %	1993	+/- anno preced. %	1994	+/- anno preced %	1995	+/- anno preced. %
- REGIONI	83.936.600	23,2	88.214.288	4,8	41 428.964	(112,9)	36.454.446	(13,6)	37.088.000	1,7
Indistinto:	82.660.700	27,7	87.518.400	5,6	41.245.206	(112,2)	36.296.249	(13,6)	35.332.407	(2,7)
Piemonte	6.499.236	27,7	6.591.529	1,4	2.439.980	(170,1)	2.383.819	(2,4)	1.936.864	(23,1)
Valle d'Aosta	127.703	29,4	116.878	(9,3)	0		0		0	
Lombardia	12.990.054	27,8	13.874.471	6,4	4.879.899	(184,3)	3.857.764	(26,5)	3.768.555	(2,4)
P. A. Bolzano	504.095	27,9	476.778	(5,7)	0		0		0	
P. A. Trento	544.424	28,0	519.932	(4,7)	0		0		0	
Veneto	6.474.032	27,8	6.967.990	7,1	2.861.564	(143,5)	2.673.412	(7,0)	2.381.791	(12,2)
Friuli	1.814.207	28,1	1.703.321	(6,5)	482.478	(253,0)	404.563	(19,3)	290.233	(39,4)
Liguria	2.896.944	27,7	2.940.020	1,5	1.360.153	(116,2)	1.092.453	(24,5)	1.092.941	0,0
E. Romagna	6.322.887	27,7	6.732.389	6,1	2.629.505	(156,0)	2.276.305	(15,5)	1.936.848	(17,5)
Toscana	5.508.384	27,7	5.705.825	3,5	2.471.206	(130,9)	2.020.274	(22,3)	2.006.772	(0,7)
Umbria	1.276.337	27,6	1.317.356	3,1	689.618	(91,0)	570.237	(20,9)	663.740	14,1
Marche	2.132.820	27,6	2.380.316	10,4	1 177.857	(102,1)	997.534	(18,1)	976.035	(2,2)
Lazio	7.960.290	27,4	8.417.484	5,4	3.506.582	(140,0)	2.977.681	(17,8)	2.773.883	(7,3)
Abruzzo	1.822.141	27,5	1.892.150	3,7	1.139.691	(66,0)	1.101.472	(3,5)	1.141.260	3,5
Molise	495.426	27,3	497.918	0,5	320.275	(55,5)	302.544	(5,9)	310.662	2,6
Campania	7.733.582	27,5	8.642.982	10,5	5.639.752	(53,3)	5.232.369	(7,8)	5.582.915	6,3
Puglia	5.483.200	27,6	6.104.548	10,2	4.061.452	(50,3)	3.903.024	(4,1)	4.008.210	2,6
Basilicata	806.105	27,5	848.839	5,0	537.107	(58,0)	515.701	(4,2)	556.640	7,4
Calabria	2.796.177	27,6	3.003.470	6,9	1.922.956	(56,2)	1.860.127	(3,4)	1.997.310	6,9
Sicilia	6.334.543	27,8	6.490.914	2,4	3.894.444	(66,7)	2.995.010	(30,0)	3.012.744	0,6
Sardegna	2.138.113	27,7	2.293.290	6,8	1.230.687	(86,3)	1.131.960	(8,7)	895.004	(26,5)
Vincolato	1.275.900	(263,2)	695.888	(83,3)	183.758	(278,7)	158.197	(16,2)	1.755.593	91,0
Residuo non asseg	148.493		64.106		35.012		47.792		838.276	

capitolo 1 tabella n.4

- ALTRI ENTI	503.400	10,1	586.000	14,1	392.000	(49,5)	401.000	2,2	636.000	36,9
CRI	125.000	(12,0)	148.000	15,5	154.000	3,9	159.000	3,1	163.000	2,5
CCDDPP (mutui prerIforma)	14.000	1,2	14.000	0,0	14.000	0,0	14.000	0,0	13.000	(7,7)
Residuo non assegnato	238		388		475		703		(205)	
Università (borse studio spec	30.000		60.000		90.000	33,3	90.000	0,0	165.000	45,5
IZS (finanz. corrente e varie)	117.000	6,0	129.000	9,3	134.000	3,7	138.000	2,9	141.000	2,1
IRCCS (ricerca corrente)	195.000	13,6	210.000	7,1						
IRCCS (ricerca finalizzata)	22.400	10,7	25.000	10,4						
B. GESU'									154.000	
- REGIONI (relativo anni preced.)			203.000		363.000	44,1	3.660.000	90,1	2.185.000	(67,5)
(Ripiano disavanzi '90)										
Residuo non assegnato			0		122.881		1.841.406		226.861	
TOTALE (1)	**84.440.000**	**23,2**	**89.003.288**	**5,1**	**42.183.964**	**(111,0)**	**40.515.446**	**(4,1)**	**39.909.000**	**(1,5)**

(1) Da legge finanziaria e variato a seguito della manovra, di provvedimenti legislativi successivi e delle integrazioni per sottostima del FSN e per il minor importo dei contributi di malattia effettivamente riscossi rispetto a quelli stimati; dal 1993, a norma del D.L.vo 502/92, non ricomprende più le quote vincolate per la ricerca degli IRCCS e i contributi di malattia.

capitolo 1 tabella n.5

FINANZIAMENTO IN CONTO CAPITALE DEL SSN
FSN per regioni e altri enti
Anni 1991 - 1995
(milioni di lire)

	1991	+ / - anno preced %	1992	+ / - anno preced %	1993	+ / - anno preced %	1994	+ / - anno preced %	1995	+ / - anno preced %
- REGIONI	1.268.000	(13,3)	1.500.000	18,3	742.000	(50,5)	281.886	(62,0)	281.000	(0,3)
Piemonte	111.567	(13,4)	128.803	15,4	63.253	(50,9)	23.858	(62,3)	22.850	(4,2)
V. Aosta	*		*		*		*		*	
Lombardia	224.093	(13,3)	272.179	21,5	130.198	(52,2)	49.123	(62,3)	47.240	(3,8)
P.A. Bolzano	*		*		*		*		*	
P.A Trento	*		*		*		*		*	
Veneto	139.184	(13,4)	162.536	16,8	64.325	(60,4)	24.302	(62,2)	23.430	(3,6)
Friuli	*		*		*		*		*	
Liguria	54.755	(13,6)	59.644	8,9	24.592	(58,8)	9.281	(62,3)	8.830	(4,9)
Emilia	114.610	(13,4)	127.955	11,6	57.485	(55,1)	21.676	(62,3)	20.840	(3,9)
Toscana	103.954	(13,4)	115.276	10,9	51.749	(55,1)	19.568	(62,2)	18.730	(4,3)
Umbria	23.260	(13,4)	26.391	13,5	11.854	(55,1)	4.503	(62,0)	4.350	(3,4)
Marche	42.777	(13,4)	48.196	12,7	21.048	(56,3)	7.927	(62,3)	7.640	(3,6)
Lazio	107.457	(13,1)	147.844	37,6	74.175	(49,8)	28.529	(61,5)	27.470	(3,7)
Abruzzo	37.660	(13,3)	42.368	12,5	23.336	(44,9)	8.917	(61,8)	9.825	10,2
Molise	8.530	(13,4)	9.495	11,3	6.834	(28,0)	2.629	(61,5)	3.010	14,5
Campania	120.224	(13,0)	145.969	21,4	101.406	(30,5)	38.775	(61,8)	42.175	8,8
Puglia	112.685	(13,3)	135.925	20,6	58.771	(56,8)	22.370	(61,9)	21.580	(3,5)
Basilicata	15.397	(13,3)	18.824	22,3	13.933	(26,0)	5.371	(61,5)	6.365	18,5
Calabria	51.847	(13,3)	58.595	13,0	39.041	(33,4)	15.057	(61,4)	16.665	10,7
Sicilia	*		*		*		*		*	
Sardegna	*		*		*		*		*	
- ALTRI ENTI	232.000	(7,6)	100.000	(56,9)	50.000	(50,0)	19.000	(62,0)	19.000	0,0
IZS	17.000	(15,0)	25.000	47,1	12.500	(50,0)	5.000	(60,0)	5.000	0,0
IRCCS	54.000	(10,0)	75.000	38,9	37.500	(50,0)	14.000	(62,7)	14.000	0,0
Varie	161.000	(6,0)								
TOTALE	**1.500.000**	**(12,5)**	**1.600.000**	**6,7**	**792.000**	**(50,5)**	**300.886**	**(62,0)**	**300.000**	**(0,3)**

* La legge 38/90 esclude dall'assegnazione in conto capitale le regioni a statuto speciale e le provincie autonome a partire dal 1990.

FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN
Contributi di malattia per regioni
Anni 1993 - 1995

(milioni di lire)

capitolo 1 tabella n.6

	1993	1994		1995	
	effettivi	effettivi	+/- anno precedente %	stimati	+/- anno precedente %
Piemonte	3.769.960	3.868.992	2,6	4.508.310	16,5
Valle d'Aosta	71.077	86.742	22,0	149.498	72,3
Lombardia	8.350.885	9.361.684	12,1	9.986.390	6,7
P. A. Bolzano	348.314	365.877	5,0	496.652	35,7
P. A. Trento	392.726	376.375	(4,2)	517.350	37,5
Veneto	3.765.402	3.942.471	4,7	4.502.820	14,2
Friuli	1.035.678	1.086.081	4,9	1.238.460	14,0
Liguria	1.360.242	1.541.137	13,3	1.626.700	5,6
E. Romagna	3.645.472	3.786.436	3,9	4.359.390	15,1
Toscana	2.897.602	3.281.579	13,3	3.465.080	5,6
Umbria	532.729	657.385	23,4	637.010	(3,1)
Marche	1.044.257	1.149.368	10,1	1.248.720	8,6
Lazio	4.275.120	4.768.970	11,6	5.112.400	7,2
Abruzzo	647.307	727.456	12,4	774.140	6,4
Molise	149.365	168.958	13,1	178.680	5,8
Campania	2.352.030	2.805.448	19,3	2.812.640	0,3
Puglia	1.733.096	1.946.942	12,3	2.072.530	6,5
Basilicata	246.106	297.170	20,7	294.280	(1,0)
Calabria	791.450	979.949	23,8	946.420	(3,4)
Sicilia	2.051.865	2.672.215	30,2	2.453.700	(8,2)
Sardegna	872.853	983.319	12,7	1.043.830	6,2
TOTALE	**40.333.536**	**44.854.554**	**11,2**	**48.425.000**	**8,0**

Si riporta l'ammontare dei contributi di malattia utilizzati per il finanziamento dei livelli uniformi di assistenz

ISTITUTI PSICHIATRICI RESIDUALI PUBBLICI : progetti di superamento *

* Situazione al 30.11.1996

REGIONI	POPOLAZIONE	N. ISTITUTI PSICH.RES.	TOT. POSTI LETTO	TOT. DEGENTI	Progetti di superamento avviati	N. CHIUS. PREV. AL 31.12.1996	IST.PSICH.RES. CHIUSI 1992/96
PIEMONTE	4.288.866	3	621	608	2	0	3
VALLE D'AOSTA	118.723	0	0	0	0	0	
LOMBARDIA	8.924.870	12	2.712	2.462	12	4	
P. AUTONOMA BOLZANO	451.563	0	0	0	0	0	
P. AUTONOMA TRENTO	461.606	1	300	241	1	0**	
VENETO	4.433.060	9	1.242	1.152	9	9	8
FRIULI VENEZIA- GIULIA	1.188.897	1	249	249	1	0	3
LIGURIA	1.658.513	2	744	744	1	0	
EMILIA ROMAGNA	3.924.456	5	394	344	5	5	2
TOSCANA	3.523.238	5	782	782	3	0	1
UMBRIA	825.910	1	97	97	1	1	
MARCHE	1.443.172	4	530	529	3	0	
LAZIO	5.202.098	3	496	496	3	1	
ABRUZZO	1.270.591	2	422	382	2	1	
MOLISE	331.446	0	0	0	0	0	
CAMPANIA	5.762.518	5	1.759	1.618	1	0	
PUGLIA	4.082.953	2	220	220	2	O	
BASILICATA	609.238	0	0	0	0	0	
CALABRIA	2.075.842	1	500	204	1	0	1
SICILIA	5.094.735	5	1.376	1.214	2	0	
SARDEGNA	1.660.701	2	854	540	0	0	
TOTALE	57.332.996	63	13.298	11.882	49	21	18

** l'art. 3, c.5 L. n. 724/94 non si applica Prov. Autonoma di Trento ai sensi art. 34, c. 3 medesima legge

Fonte: ISTAT per la popolazione al 1.1.1996

ISTITUTI PSICHIATRICI RESIDUALI PRIVATI CONVENZIONATI *

* Situazione al 30.11.1996

REGIONI	POPOLAZIONE	N. ISTITUTI PSICH.RES.	TOT. POSTI LETTO	TOT. DEGENTI
PIEMONTE	4.288.866	1	209	209
VALLE D'AOSTA	118.723	0	0	0
LOMBARDIA	8.924.870	3	1.418	1.378
P. A.BOLZANO	451.563	0	0	0
P. A.TRENTO	461.606	0	0	0
VENETO	4.4.33.060	1	100	100
RIULI VENEZIA- GIULI	1.188.897	0	0	0
LIGURIA	1.658.513	0	0	0
EMILIA ROMAGNA	3.924.456	0	0	0
TOSCANA	3.523.238	0	0	0
UMBRIA	825.910	0	0	0
MARCHE	1.443.172	0	0	0
LAZIO	5.202.098	2	608	608
ABRUZZO	1.270.591	0	0	0
MOLISE	331.446	0	0	0
CAMPANIA	5.762.518	0	0	0
PUGLIA	4.082.953	2	1.730	1.646
BASILICATA	609.238	1	760	760
CALABRIA	2.075.842	0	0	0
SICILIA	5094735	2	315	315
SARDEGNA	1.660.701	0	0	0
TOTALE	57.332.996	12	5.140	5.016

Fonte: ISTAT per la popolazione al 1.1.1996

Popolazione residente in Italia e nelle varie Regioni al 1° gennaio 1995

	totale	di cui stranieri	% di stranieri	Saldo Naturale	Saldo interno	Saldo estero	IFT 93	**diff% dell'IFT periodo 81-93**
Piemonte	4.297.989	43.878	1,02089605	-17254	3981	4150	1,05	-17,32
Valle d'Aosta	118.456	1.258	1,0619977	-220	397	90	1,01	-14,41
Lombardia	8.910.451	151.534	1,70063221	-9445	13502	10362	1,10	-17,29
Trentino	908.667	13.945	1,53466561	1753	1157	1592	1,35	-15,47
Veneto	4.422.290	50.601	1,14422618	-3452	7559	6663	1,09	-21,01
Friuli	1.191.248	16.305	1,36873262	-6191	1507	2333	0,95	-18,10
Liguria	1.663.696	19.289	1,15940653	-11928	5949	796	0,96	-11,93
Emilia-Romagna	3.922.604	52.347	1,33449617	-17021	13934	4939	0,97	-13,39
Toscana	3.526.031	48.702	1,38121304	-15642	8555	4294	1,02	-18,07
Umbria	822.480	15.066	1,83177706	-2664	4353	1741	1,11	-23,97
Marche	1.441.031	15.717	1,09067744	-3257	3226	2172	1,13	-22,07
Lazio	5.193.233	132.218	2,54596703	-703	1276	8292	1,21	-18,79
Abruzzo	1.267.694	12.463	0,98312369	-1424	2382	1939	1,30	-24,42
Molise	332.155	1.105	0,33267601	-531	-222	44	1,33	-26,52
Campania	5.745.761	23.928	0,41644614	26062	-10033	728	1,66	-25,56
Puglia	4.075.802	17.803	0,43679747	13954	-7619	816	1,49	-29,72
Basilicata	610.699	1.829	0,29949288	754	-2286	71	1,44	-28,71
Calabria	2.076.128	9.290	0,44746759	5187	-5751	278	1,56	-27,78
Sicilia	5.082.697	46.412	0,91313726	11965	1049	-976	1,67	-18,14
Sardegna	1.659.466	9.874	0,59501068	918	-27	344	1,16	-37,97
Italia	57.268.578	683.564	1,19361092	-29139	42889	50668	1,26	-21,25

Nord	25.435.401	349.157	1,37272064
Centro	10.982.775	211.703	1,92759116
Mezzogiorno	20.850.402	122.704	0,58849705

Speranza di vita a varie età e periodi di tempo

		Maschi periodo 1979-83	Maschi periodo 1989-93	Femmine periodo 1979-83	Femmine periodo 1989-93
Speranza di vita alla nascita	anni	71	74,1	77,7	80,5
Speranza di vita a 65 anni	anni	13,4	15,2	17,2	19,1

Geneva,Normale"

Il processo di invecchiamento della popolazione

	percentuale di popolazione di età 0-14 anni			percentuale di popolazione di età ≥ 65 anni			Rapporto fra popolazione ≥ 65 anni e pop. 0-14 anni		
	1982	1992	1996	1982	1992	1996	1982	1992	1996
Piemonte	18,0	12,6	11,9	15,6	17,5	19,1	86,7	138,9	160,3
Valle d'Aosta	18,3	13,2	12,5	14	16,1	17,7	76,5	122,0	141,5
Lombardia	19,9	13,8	13,0	12,5	14,6	16,3	62,8	105,8	125,0
Trentino	21,5	16,2	15,8	12,8	14,8	16	59,5	91,4	101,6
Veneto	20,7	14,2	13,3	12,9	15,3	16,8	62,3	107,7	126,8
Friuli	17,3	11,7	11,1	17	19,5	20,5	98,3	166,7	184,1
Liguria	15,4	10,5	10,2	18,8	21,7	23,3	122,1	206,7	227,1
Emilia-Romagna	16,9	11,4	10,8	16,3	19,6	21,3	96,4	171,9	196,6
Toscana	17,3	12,3	11,6	16,8	19,6	21	97,1	159,3	181,5
Umbria	17,9	13,5	12,6	15,6	19,4	21	87,2	143,7	166,6
Marche	18,8	14,1	13,1	15,3	18,6	20,2	81,4	131,9	154,4
Lazio	21,3	15,3	14,4	11,6	14,2	15,8	54,5	92,8	109,8
Abruzzo	20,9	16,4	15,4	14,5	17	18,4	69,4	103,7	119,2
Molise	21,0	17,0	15,9	15,6	17,7	19	74,3	104,1	119,0
Campania	27,1	21,5	20,4	9,7	11,2	12,4	35,8	52,1	61,0
Puglia	26,6	20,2	18,5	10,5	12,4	13,8	39,5	61,4	74,6
Basilicata	24,2	19,1	17,8	12,5	14,3	16,1	51,7	74,9	90,5
Calabria	25,7	20,7	19,2	11,8	13,3	14,8	45,9	64,3	77,5
Sicilia	24,7	20,0	19,0	12,3	13,8	14,8	49,8	69,0	78,1
Sardegna	25,5	18,3	16,1	11,1	12,6	13,8	43,5	68,9	85,7
Italia	21,3	15,8	14,9	13,2	15,4	16,8	62,0	97,5	113,2

Mortalità totale per varie classi di età (tassi per 10.000 residenti)

Mortalità infantile (0 anni)

	1980	1981	1982	1993	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Uomini	158,60	154,50	143,20	129,40	124,50	113,50	109,08	104,25	103,31	91,72	90,48	89,14	89,31	74,18
Donne	120,20	124,20	115,40	108,60	97,10	91,50	86,67	86,93	82,45	78,06	71,66	72,26	68,81	62,38

Mortalità nella classe d'età 25-44 anni

	1980	1981	1982	1993	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Uomini	16,04	15,13	15,18	15,05	14,36	14,20	14,07	13,97	14,04	14,75	15,90	16,60	16,29	15,59
Donne	8,36	7,88	7,49	7,68	7,38	7,10	7,24	7,06	6,94	6,82	6,92	7,12	6,99	7,11

Mortalità per tutte le età

	1980	1981	1982	1993	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Uomini	111,02	107,87	103,81	107,10	100,40	99,56	96,93	93,20	91,88	88,75	87,73	86,98	83,65	82,49
Donne	95,05	91,78	88,36	92,06	84,72	84,77	82,31	78,34	77,52	74,17	73,69	72,51	69,77	69,22

fonte : Elaborazioni Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

capitolo 2 tabella n.5

Mortalità infantile per tutte le cause (tassi per 10.000 nati vivi)

	1993 maschi	1993 femmine	Decrementi della mortalità periodo 1993/1980 maschi	Decrementi della mortalità periodo 1993/1980 femmine
Piemonte e Valdaosta	59,87	63,19	-62,08	-42,19
Lombardia	54,12	46,94	-59,64	-51,86
Bolzano	52,47	42,31	-54,81	-29,85
Trento	51,35	22,43	-54,18	-74,01
Veneto	62,01	47,62	-51,25	-51,75
Friuli Venezia Giulia	49,95	23,85	-47,54	-72,31
Liguria	61,20	62,03	-55,78	-43,92
Emilia Romagna	60,75	56,53	-54,93	-37,67
Toscana	60,10	62,50	-57,47	-32,51
Umbria	68,70	47,57	-39,20	-55,21
Marche	53,64	41,32	-58,61	-59,53
Lazio	74,92	54,40	-47,79	-46,61
Abruzzo	72,24	75,28	-48,33	-33,79
Molise	81,92	31,23	-47,11	-58,69
Campania	96,35	81,53	-51,14	-42,54
Puglia	87,55	72,88	-50,51	-50,22
Basilicata	74,77	86,36	-56,98	-33,67
Calabria	89,39	75,75	-50,03	-47,29
Sicilia	94,73	71,35	-51,45	-57,28
Sardegna	69,65	66,37	-56,17	-42,98
ITALIA	74,18	62,38	-53,23	-48,10

fonte : Elaborazioni Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

capitolo 2 tabella n.6

Mortalità per tutte le età e tutte le cause (tassi per 10.000 residenti)

	1993	1993	Decrementi della mortalità in % -periodo 1980/1993	
	uomini	donne	uomini Diff.%	donne Diff.%
Piemonte	85,20	69,30	-14,8	-30,7
Valdaosta	88,80	67,70	-11,2	-32,3
Lombardia	89,80	67,92	-10,2	-32,08
Bolzano	81,21	63,22	-18,79	-36,78
Trento	84,14	61,39	-15,86	-38,61
Veneto	84,95	64,20	-15,05	-35,8
Friuli Venezi	89,50	69,30	-10,5	-30,7
Liguria	85,10	68,90	-14,9	-31,1
Emilia Roma	78,10	63,10	-21,9	-36,9
Toscana	76,50	64,70	-23,5	-35,3
Umbria	76,00	65,60	-24	-34,4
Marche	72,00	61,60	-28	-38,4
Lazio	81,49	69,64	-18,51	-30,36
Abruzzo	73,90	68,53	-26,1	-31,47
Molise	75,10	67,80	-24,9	-32,2
Campania	90,88	83,21	-9,12	-16,79
Puglia	76,34	69,32	-23,66	-30,68
Basilicata	69,90	69,93	-30,1	-30,07
Calabria	74,25	72,22	-25,75	-27,78
Sicilia	82,02	81,12	-17,98	-18,88
Sardegna	80,97	69,57	-19,03	-30,43
ITALIA	82,49	69,22	-17,51	-30,78

ell'Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

capitolo 2 tabella n.7

Percentuale dei decessi per grandi gruppi di cause

	1980 %	1990 %	1993 %
Sistema circolatorio	47,90	43,18	43,76
Tumori	22,31	27,29	27,99
Apparato respiratorio	7,11	6,56	5,82
Altre cause	6,47	6,70	6,12
Apparato digerente	5,96	5,33	5,16
Cause esterne, traum. e avvelenamenti	5,65	5,30	5,06
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,63	2,23	2,00
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso	1,38	2,69	3,02
Malattie infettive e parassitarie	0,59	0,72	1,06

Fonte : Elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

Mortalità per le principali cause di morte (1993) -tassi per 10.000 residenti-

	Uomini Tumori	Donne Tumori	Uomini Mal. Sist. circ.	Donne Mal. Sist. circ.	Uomini Cause Violente	Donne Cause Violente
Piemonte	28,33	18,68	32,04	31,57	6,37	3,50
Valdaosta	29,21	16,89	28,35	31,96	7,60	3,46
Lombardia	33,49	21,30	31,28	29,33	5,60	2,76
Bolzano	26,27	18,71	31,28	30,32	8,08	2,52
Trento	30,74	18,88	30,24	28,29	6,65	1,79
Veneto	31,06	18,88	29,91	27,83	6,08	2,87
Friuli V. G.	32,99	20,69	31,55	30,91	6,69	3,29
Liguria	28,25	18,96	30,23	30,16	4,94	3,01
Emilia Romagna	28,12	19,40	27,77	27,59	6,18	2,84
Toscana	27,08	18,67	28,08	29,25	5,16	2,91
Umbria	22,85	17,19	31,37	31,35	6,00	2,96
Marche	24,93	16,91	26,25	29,05	5,92	2,52
Lazio	26,69	19,38	30,86	31,13	5,02	3,46
Abruzzo	22,22	15,66	28,38	33,28	5,20	3,07
Molise	20,45	15,06	30,74	33,72	4,90	2,82
Campania	25,88	16,37	36,84	43,05	4,27	2,26
Puglia	23,42	15,03	27,44	33,46	4,98	2,52
Basilicata	18,41	13,85	28,40	36,76	5,39	2,33
Calabria	18,79	13,07	30,87	38,68	5,32	2,62
Sicilia	21,06	16,08	33,64	40,82	5,22	2,66
Sardegna	24,77	16,98	28,17	30,57	6,74	3,45
ITALIA	27,15	18,32	30,64	31,94	5,53	2,85

Fonte : Elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

Casi di AIDS nelle regioni più colpite

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Lombardia	967	1220	1239	1499	1723	1604
Lazio	403	462	543	626	639	720
Emilia Rom.	287	377	421	418	565	514
Piemonte	198	293	290	308	371	355
Toscana	211	218	253	278	333	354
Veneto	199	231	266	297	325	290
Liguria	173	211	236	230	276	264
Sicilia	161	160	182	222	231	202
Puglia	108	143	168	190	172	214
Campania	95	109	174	149	196	201
Sardegna	114	111	144	171	171	169

Fonte : Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità

capitolo 2 tabella n.10

MORTALITA' EVITABILE
Decessi secondo i tre gruppi di cause (5-64 anni)
tassi per 10.000 residenti

GRUPPO I: PREVENZIONE PRIMARIA (Pp)					
	80-82			90-92	
	Tassi	Casi		Tassi	Casi
UOMINI	19,15	117.780		15,53	107.606
DONNE	5,26	34.963		4,00	29.078

GRUPPO II DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA (Dt)					
	80-82			90-92	
	Tassi	Casi		Tassi	Casi
UOMINI	0,26	1.620		0,13	928
DONNE	2,86	18.873		2,56	18.190

GRUPPO III IGIENE E ASSISTENZA SANITARIA (As)					
	80-82			90-92	
	Tassi	Casi		Tassi	Casi
UOMINI	9,02	54.027		5,85	40.103
DONNE	3	19.833		1,81	13.365

MORTALITA' EVITABILE
Confronti con i paesi europei nel triennio 1990-92
tassi per 10.000 residenti

	Italia	sud Europa	centro Europa	nord Europa	Paesi Scand.
UOMINI					
Prev. primaria	15,2	15,9	16,6	11,2	14,0
Diagnosi prec.	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Igiene e assist.	7.0	7,6	7,8	13,8	11,6
DONNE					
Prev. primaria	3,8	3,9	4,7	4,9	5,5
Diagnosi prec.	2,6	2,4	2,7	3,5	2,5
Igiene e assist.	2,2	2,4	2,4	5,1	3,6

Fonte : Elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

capitolo 2 tabella n.11

La mortalità evitabile nei periodi 1980-82 e 1990-92

UOMINI	80-82	Casi	90-92	Casi	Differenze % 1990-92 rispetto al 1980-82
Piemonte	30,04	15.310	22,45	12.833	-25,3
Valdaosta	40,64	542	28,77	436	-29,2
Lombardia	35,10	33.475	23,80	26.815	-32,2
Bolzano	33,88	1.451	22,87	1.181	-32,5
Trento	35,83	1.693	25,37	1.351	-29,2
Veneto	35,47	16.498	23,67	12.715	-33,3
Friuli V. G.	37,86	5.314	25,44	3.836	-32,8
Liguria	27,03	5.964	19,56	4.439	-27,6
Emilia Romagna	26,76	12.916	20,15	10.415	-24,7
Toscana	24,39	10.477	18,14	8.321	-25,6
Umbria	24,60	2.476	18,37	1.945	-25,3
Marche	22,11	3.717	16,84	3.078	-23,8
Lazio	25,40	13.815	19,17	12.104	-24,5
Abruzzo	22,97	3.144	18,22	2.781	-20,7
Molise	24,14	862	20,39	800	-15,5
Campania	29,40	15.276	23,37	13.963	-20,5
Puglia	23,46	8.682	19,05	8.436	-18,8
Basilicata	21,94	1.386	18,87	1.348	-14,0
Calabria	23,54	4.738	20,53	4.732	-12,8
Sicilia	22,59	11.135	19,95	11.033	-11,7
Sardegna	26,93	4.154	22,44	4.140	-16,7
ITALIA	28,44	173.427	21,52	148.637	-24,3

DONNE	80-82	Casi	90-92	Casi	Differenze % 1990-92 rispetto al 1980-82
Piemonte	11,77	6.430	8,68	5.113	-26,3
Valdaosta	13,67	188	9,96	148	-27,1
Lombardia	11,72	12.409	8,68	10.277	-25,9
Bolzano	10,60	501	7,6	392	-28,3
Trento	10,92	555	8,24	460	-24,5
Veneto	11,80	5.960	8,34	4.664	-29,3
Friuli V. G.	13,56	2.123	9,86	1.564	-27,3
Liguria	10,53	2.625	8,33	2.028	-20,9
Emilia Romagna	10,20	5.249	8,23	4.393	-19,3
Toscana	9,17	4.211	7,38	3.534	-19,5
Umbria	9,48	1.001	7,14	796	-24,7
Marche	8,80	1.560	6,67	1.257	-24,2
Lazio	10,49	6.241	8,12	5.471	-22,6
Abruzzo	9,69	1.430	7,16	1.129	-26,1
Molise	10,07	394	7,80	324	-22,5
Campania	13,68	7.755	9,63	6.078	-29,6
Puglia	10,91	4.386	8,08	3.787	-25,9
Basilicata	11,04	740	7,19	533	-34,9
Calabria	9,89	2.128	7,36	1.729	-25,6
Sicilia	11,38	6.155	8,71	5.140	-23,5
Sardegna	9,96	1.601	7,31	1.388	-26,6
ITALIA	11,11	73.669	8,36	60.633	-24,8

capitolo 2 tabella n.12 C

Mortalità per suicidi

Tassi per 100.000 residenti

	92	88	diff%
Piemonte	11,39	11,39	0,00
Valle d'Aosta	12,87	16,74	-23,12
Liguria	10,11	9,63	4,98
Lombardia	7,96	7,46	6,70
Trentino	10,85	10,01	8,39
Veneto	7,68	8,45	-9,11
Friuli	11,46	12,29	-6,75
Emilia-Romagna	12,90	12,86	0,31
Marche	8,17	8,24	-0,85
Toscana	10,00	8,65	15,61
Umbria	9,10	10,14	-10,26
Lazio	5,65	5,97	-5,36
Campania	4,73	3,76	25,80
Abruzzo	6,39	6,06	5,45
Molise	5,44	5,76	-5,56
Puglia	5,25	4,78	9,83
Basilicata	5,73	6,71	-14,61
Calabria	5,31	4,56	16,45
Sicilia	6,48	6,71	-3,43
Sardegna	9,27	8,64	7,29
NORD	9,69	9,64	0,52
CENTRO	7,64	7,45	2,55
SUD	5,82	5,41	7,58
ITALIA	7,89	7,69	2,60

Fonte : Elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

Capitolo 2 tabella n.12 B

Mortalità per incidenti domestici

Tassi per 100.000 residenti

	1992	1988	diff%
Piemonte	18,66	17,73	5,25
Valle d'Aosta	11,15	13,22	-15,66
Liguria	22,97	20,79	10,49
Lombardia	12,55	12,06	4,06
Trentino	13,20	13,87	-4,83
Veneto	11,17	10,26	8,87
Friuli	20,49	18,44	11,12
Emilia-Romagna	10,88	11,56	-5,88
Marche	16,42	13,81	18,90
Toscana	17,80	19,21	-7,34
Umbria	16,60	13,86	19,77
Lazio	15,64	14,35	8,99
Campania	9,29	7,55	23,05
Abruzzo	15,41	15,19	1,45
Molise	19,33	15,45	25,11
Puglia	11,11	7,96	39,57
Basilicata	13,75	11,95	15,06
Calabria	11,49	10,22	12,43
Sicilia	11,84	10,66	11,07
Sardegna	14,48	13,05	10,96
NORD	14,17	13,61	4,11
CENTRO	16,51	15,83	4,30
SUD	11,57	9,82	17,82
ITALIA	13,68	12,66	8,06

Fonte : Elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

Mortalità per incidenti stradali.

Tassi per 100.000 residenti

	1992	1988	diff%
Piemonte	20,92	18,72	11,75
Valle d'Aosta	22,31	25,55	-12,68
Liguria	10,95	11,56	-5,28
Lombardia	18,17	17,80	2,08
Trentino	17,90	16,15	10,84
Veneto	22,04	20,69	6,52
Friuli	19,74	20,19	-2,23
Emilia-Romagna	24,88	23,65	5,20
Marche	17,81	19,94	-10,68
Toscana	16,64	16,30	2,09
Umbria	17,83	16,08	10,88
Lazio	15,91	15,27	4,19
Campania	9,45	8,84	6,90
Abruzzo	14,53	14,30	1,61
Molise	14,80	12,73	16,26
Puglia	16,95	13,59	24,72
Basilicata	12,28	12,11	1,40
Calabria	10,86	8,78	23,69
Sicilia	11,02	9,39	17,36
Sardegna	15,88	15,56	2,06
NORD	19,95	19,02	4,89
CENTRO	16,54	16,28	1,60
SUD	12,44	10,92	13,92
ITALIA	16,57	15,57	6,42

Fonte : Elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità su dati ISTAT

Graduatoria delle malattie croniche per alcune classi di età nel periodo 1994-94

(quozienti per 100 persone della stessa età o sesso) 1993-94

TOTALE POPOLAZIONE			
Uomini		Donne	
Artrosi, artrite	16	Artrosi, artrite	24
Ipertensione	8.3	Ipertensione	11.4
Bronchite cronica (b)	7.1	Osteoporosi	7.5
Malattie allergiche	5.9	Disturbi nervosi	6.4
Ulcera (a)	4.8	Malattie allergiche	6.4

60-64 ANNI			
Uomini		Donne	
Artrosi, artrite	39.2	Artrosi, artrite	52.3
Ipertensione	23.3	Ipertensione	26.7
Bronchite cronica (b)	15.5	Osteoporosi	17.2
Malattie del cuore	11.8	Disturbi nervosi	11.2
Ulcera (a)	10.4	Bronchite	9.3

65-74 ANNI			
Uomini		Donne	
Artrosi, artrite	45.6	Artrosi, artrite	60
Ipertensione	28.8	Ipertensione	34.1
Bronchite cronica (b)	24	Osteoporosi	23.2
Malattie allergiche	13.5	Disturbi nervosi	14.5
Ulcera (a)	11.4	Malattie allergiche	12.8

75 ANNI e più			
Uomini		Donne	
Artrosi, artrite	55.4	Artrosi, artrite	68.8
Ipertensione	32.9	Ipertensione	40.8
Bronchite cronica (b)	31.3	Osteoporosi	31,1
Malattie del cuore	19.4	Disturbi nervosi	22.6
Ulcera (a)	13.7	Bronchite	18.2

fonte : ISTAT

capitolo 2 tabella n.14

Malattie croniche : Neoplasie

Stima della incidenza e mortalità annue in alcuni tipi di neoplasie

	n. casi	n. decessi
Polmone	35.000	30.000
Colon-retto	27.000	17.800
Mammella	25.000	11.200
Stomaco	18.000	14.000
Prostata	14.000	6.200
Vescica	18.000	5.700
Collo utero	3.500	1.500
Pancreas	7.500	8.500
Ovaio	5.000	3.300
Altri	117.000	63.800
TOTALE	270.000	162.000

fonte : Commissione Oncologica Nazionale

Tassi di sopravvivenza dei pazienti italiani messi a confronto con quelli dei pazienti di 12 diversi paesi europei

	Italia		Europa	
Sede della neoplasia	uomini	donne	uomini	donne
stomaco	16,3	21,1	14,1	18,1
colon	37,6	44	41,1	40,4
retto	31,9	34,3	34,4	38,1
polmone	6.0	11,4	7.0	8,8
mammella		70,8		66,5

fonte : Studio Eurocare, Istituto Superiore di Sanità

Stima dell'incidenza di alcuni tumori
tassi standardizzati per 100.000 residenti (1990)

	stomaco		colon-retto		mammella
	uomini	donne	uomini	donne	
Piemonte e Valle d'Aosta	20,5	10,1	49,3	29,9	61,1
Liguria	18,1	9,4	48,6	30,7	61,3
Lombardia	33,2	15,1	46,1	32	61,7
Veneto	20,7	9,5	46	26,5	55,9
Trento e Bolzano	26,3	12,4	48	27,1	55
Friuli Vg	26,1	13,7	50,2	28,6	58,7
Emilia Romagna	29,9	15,6	42,7	32,6	61,1
Toscana	29,8	13,7	43,6	29,9	51,6
Umbria	28,9	13,8	38,3	27,9	42,3
Marche	28,2	13,9	42,2	33,4	51,4
Lazio	20,3	10,6	40,7	29,5	55,8
Abruzzi e Molise	17,8	9	32,6	24,1	36,3
Campania e Basilicata	14,6	7,6	18,9	17,4	44,2
Puglia	12,1	6,6	27,6	24,1	52,2
Calabria	15,7	7,7	24,2	19,6	34,5
Sicilia	13,4	6,9	26,4	23,6	47
Sardegna	12,9	6,9	27,4	22,3	55,5
Italia	**22**	**11**	**40**	**28**	**54**

fonte : Istituto Superiore di Sanità

Stima della prevalenza di alcuni tumori
tassi standardizzati per 100.000 residenti (1990)

	stomaco		colon-retto		mammella
	uomini	donne	uomini	donne	
Piemonte e Valle d'Aosta	58,3	32,9	268,8	145,2	609,5
Liguria	49,2	29,4	264,3	149,9	597,3
Lombardia	93,2	49,1	181,7	153,9	631,4
Veneto	55,9	30,7	181,5	122,5	555,1
Trento e Bolzano	73,4	44,7	218,8	131,3	551,2
Friuli Vg	72,7	42,5	300,8	127,4	585,2
Emilia Romagna	84,8	52,1	174	158,8	572,2
Toscana	69,5	38,8	168,5	147,4	510,3
Umbria	63,3	37,5	155,4	127,9	441
Marche	81,5	42,6	166,2	144,4	487,3
Lazio	47,1	29,7	143,9	133,5	542,1
Abruzzi e Molise	40	23	118	104,5	390,4
Campania e Basilicata	28,5	18,2	73,1	75,8	437,5
Puglia	23,3	15,9	104,4	112,9	510,3
Calabria	29,3	19,7	91,2	88,6	355,2
Sicilia	25,9	18,2	99,2	102,1	477,7
Sardegna	24,7	15,6	102,3	99,9	509,9
Italia	**60**	**34**	**152**	**131**	**535,8**

fonte : Istituto Superiore di Sanità

Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
Anno 1994

capitolo 3 tabella n. 1

REGIONI	RUOLI				TOTALE	DI CUI	
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo		Medici e Odontoiatri	Personale Infermieristico
Piemonte	31.057	108	12.799	6.299	50.462	7.521	17.733
Valle d'Aosta	1.054	5	447	224	1.731	242	548
Lombardia di cui *Usl*	46.390	207	17.927	8.200	72.827	9.749	26.757
Presidi Multizonali	*16.640*	*45*	*8.106*	*2.142*	*26.933*	*4.366*	*9.917*
Prov.aut. Bolzano	3.703	16	1.593	716	6.028	658	2.390
Prov.aut. Trento	4.076	8	1.994	716	6.794	785	2.584
Veneto	38.353	191	13.627	5.384	57.558	7 382	24.632
Friuli V.Giulia	11.735	52	4.942	1.541	18.272	2.211	7.472
Liguria	14.992	72	6.584	2.406	24.058	3.171	9 086
Emilia Romagna	37.231	183	11.888	5.804	55.155	7.440	21.509
Toscana	32.710	151	11.518	4.529	48.955	6.430	19.915
Umbria	7.885	34	2.429	1.266	11.626	1.841	4.497
Marche	12.319	38	4.537	1.925	18.827	2.638	7.181
Lazio	33.290	100	13.751	6.318	53.599	8.301	19.272
Abruzzo	10.226	40	3.729	1.595	15.612	2 449	6.221
Molise	2.677	1	950	394	4.022	694	1.421
Campania	40.677	126	15.102	6 473	62 432	11.015	24 274
Puglia	24.442	85	10.566	4.632	39 889	5 844	14.855
Basilicata	3.883	11	1.701	642	6.237	924	2.274
Calabria	12.198	32	6.338	3.013	21.642	3.501	6 607
Sicilia	32.103	101	13.250	6.413	51.954	9 552	17.778
Sardegna	14.213	52	6.123	2.054	22.449	3.658	7.803
Italia	**431.854**	**1.658**	**169.901**	**72.686**	**677.062**	**100.372**	**254.726**

Il TOTALE comprende le Qualifiche Atipiche

PERSONALE DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI

capitolo 3 tabella n.2

ANNO 1994

Ruolo Sanitario	**431.854**			**Ruolo Professionale**	**1.658**
Medici	**100.114**	**Tecnico-Sanitario**	**31.167**	**Avvocati**	48
Dirigenti Sanitari	10.941	**Operatori 1^ cat. coordinator**	4.224	**Ingegneri**	830
Coadiutori Sanitari	46.242	**Operatori 1^ cat. collaborator**	26.943	**Architetti**	61
Assistenti Medici	41.880	**Vigilanza e Ispezione**	**8.925**	**Geologi**	22
Medici ex D.M. 503/87	1.051	**Operatori 1^ cat. coordinator**	1.866	**Assistenti Religiosi**	697
Odontoiatri	**258**	**Operatori 1^ cat. collaborator**	7.059		
Dirigenti Sanitari	34	**Riabilitazione**	**15.191**	**Ruolo Tecnico**	**169.901**
Coadiutori Sanitari	114	**Operatori 1^ cat. coordinator**	6.078	**Analisti**	340
Assistenti Medici	110	**Operatori 1^ cat. collaborator**	8.430	**Statistici**	53
Didattico-Organizzative	**1.924**	**Operatori 2^ categoria**	683	**Sociologi**	582
con Funzioni Didattiche	436			**Assistenti sociali**	6.821
con Funzioni Organizzative	1.488			**Assistenti tecnici**	4.254
Altro Personale Laureato	**19.549**			**Operatori tecnici**	54.273
Farmacisti	2.362	**Chimici**	1.334	**Ausiliari Specializzati Tecnico Econon**	21.036
Veterinari	5.557	**Fisici**	378	**Operatori Tecnici di Assistenza**	23.000
Biologi	4.365	**Psicologi**	5.553	**Ausiliari Specializzati Socio Assistenzi**	59.542
Personale Infermieristico	**254.726**				
Operatori 1^ cat. Coordinatori		*Operatori 1^ cat. Collaboratori*		**Ruolo Amministrativo**	**72.686**
Infermieri (Capi Sala)	14.114	**Infermieri**	178.132	**Direttori Amministrativi**	5.147
Assistenti Sanitarie	2.731	**Assistenti Sanitarie**	1.925	**Collaboratori Amministrativi**	9.526
Ostetriche	3.845	**Ostetriche**	4.004	**Assistenti Amministrativi**	27.752
Vigilatrici d'Infanzia	193	**Vigilatrici d'Infanzia**	5.113	**Coadiutori Amministrativi**	24.105
Dietiste	715	**Dietiste**	516	**Commessi**	6.156
Podologi	2	**Podologi**	69		
		Operatori 2^ categoria	43.367	**Personale con Qualifiche Atipiche**	**963**
				TOTALE	**677.062**

Usl elaborate: 624 / 624. E' compreso il personale relativo ai Presidi Multizonali e agli Enti Ospedalieri Non Trasferiti della Regione Lombardia

PRESIDI SANITARI PUBBLICI SECONDO IL TIPO DI PRESIDIO O IL TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA

ANNO 1994

REGIONE	AMBULAT. E LABORAT.	CONSULT. MATERNO INFANTILE	ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE	ATTIVITA' PER ANZIANI	ATTIVITA' DISAB. FIS. E PSICHICI	ATTIVITA' TOSSICO DIPEND.	CASA PROTETTA	COMUNITA TERAPEUT	ATTIVITA' DI IGIENE PUBBLICA	ATTIVITA' MED. DEL LAVORO	ATTIVITA' DI IGIENE VETERIN.	ATTIVITA' DISTRETT. INTEGR.
PIEMONTE	307	322	106	42	105	71	48	56	137	40	88	244
VALLE D'AOSTA	6	24	9	5	17	1			19		1	27
LOMBARDIA	530	544	168	105	212	110	12	12	511	104	107	133
PROV. AUT. BOLZA	74	36	5		14	5	2		4			
PROV. AUT. TRENT	104	77	12	6	10	2	2	1	57		7	22
VENETO	203	333	120	32	152	40	39	12	179	41	91	202
FRIULI V. GIULIA	96	40	19	5	22	17	21	5	41	10	13	51
LIGURIA	193	124	28	34	46	22	7	7	140	9	27	1
EMILIA ROMAGNA	261	548	157	41	216	55	72	33	277	44	127	60
TOSCANA	467	180	110	117	164	46	69	11	164	43	39	240
UMBRIA	43	29	10	15	14	4	14		18	11	13	47
MARCHE	158	43	30	13	30	20	5	1	50	16	50	69
LAZIO	367	179	61	11	61	33	2	3	80	27	35	41
ABRUZZO	115	71	9		5	6		1	84	13	16	
MOLISE	23	5				2			3	2	3	
CAMPANIA	380	129	44	8	25	24	4		139	20	31	11
PUGLIA	310	141	73	13	68	49	9		154	13	70	3
BASILICATA	56	32	2	1	3	2	9		47	1	3	
CALABRIA	147	25	15	3	18	8	17	1	40	11	25	12
SICILIA	421	92	62		18	15			165	20	50	21
SARDEGNA	174	58	34	3	21	11	1	2	146	9	27	12
ITALIA	4.435	3.032	1.074	454	1.221	543	333	145	2.455	434	823	1.196

PRESIDI SANITARI PRIVATI CONVENZIONATI SECONDO IL TIPO DI PRESIDIO O IL TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA

ANNO 1994

REGIONE	AMBULAT. E LABORAT.	CONSULT. MATERNO INFANTILE	ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE	ATTIVITA' PER ANZIANI	ATTIVITA' DISAB. FIS. E PSICHICI	ATTIVITA' TOSSICO DIPEND.	CASA PROTETTA	COMUNITA TERAPEUT	ATTIVITA' DI IGIENE PUBBLICA	ATTIVITA' MED. DEL LAVORO	ATTIVITA' DI IGIENE VETERIN.	ATTIVITA' DISTRETT. INTEGR.
PIEMONTE	104	5			15	1	19	13				1
VALLE D'AOSTA	1				1							
LOMBARDIA	466	1	1	19	18	2	2	19				
PROV. AUT. BOLZANO	26							2				
PROV. AUT. TRENTO	10			13	2							
VENETO	302	3		6	8		2	8				
FRIULI V. GIULIA	61	2			3			2				
LIGURIA	176			3	11	2	2	4	2			
EMILIA ROMAGNA	283			9	25	3	27	14			1	
TOSCANA	392			4	21	1	24	5				
UMBRIA	26			1				1			6	
MARCHE	86				12							
LAZIO	841			4	13		2	3			1	
ABRUZZO	157				21	3		2				
MOLISE	33				3		8					
CAMPANIA	1.352				50	1	1	1			3	
PUGLIA	626	1	1	5	29		11	7	1		1	
BASILICATA	49				5				1			
CALABRIA	286											
SICILIA	2.104	1			10	3	10	3			1	
SARDEGNA	323				19							
ITALIA	7.704	13	2	64	266	16	108	84	4		13	1

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI GENERICI PER ANZIANITA' DI LAUREA E ADULTI PER MEDICO GENERICO

ANNO 1995

REGIONE	NUMERO MEDICI GENERICI PER ANZIANITA' DI LAUREA					ADULTI RESIDENTI PER MEDICO GENERICO
	DA 0 A 6 ANNI	DA 6 A 13 ANNI	DA 13 A 20 ANNI	OLTRE 20 ANNI	TOTALE	
PIEMONTE	405	1.266	1.076	860	3.607	1.083
VALLE D'AOSTA	3	36	40	20	99	1.051
LOMBARDIA	475	2.405	2.642	1.817	7.339	1.059
PROV. AUT. BOLZANO	3	49	96	76	224	1.676
PROV. AUT. TRENTO	4	62	180	106	352	1.126
VENETO	182	1.237	1.286	799	3.504	1.098
FRIULI V. GIULIA	71	414	319	235	1.039	1.022
LIGURIA	7	349	591	531	1.478	1.017
EMILIA ROMAGNA	17	840	1.648	1.132	3.637	966
TOSCANA	14	593	1.490	1.037	3.134	998
UMBRIA	6	176	344	151	677	1.063
MARCHE	15	360	586	292	1.253	1.000
LAZIO	32	1.096	2.153	1.353	4.634	963
ABRUZZO	1	173	613	278	1.065	1.010
MOLISE	14	51	152	70	287	976
CAMPANIA (*)	85	1.351	1.597	852	3.885	959
PUGLIA	18	1.022	1.317	952	3.309	1.002
BASILICATA	1	153	271	117	542	928
CALABRIA	19	490	694	542	1.745	961
SICILIA	20	683	1.828	1.512	4.043	1.023
SARDEGNA (**)	24	469	487	324	1.304	1.034
ITALIA	1.416	13.275	19.410	13.056	47.157	1.020

(*) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 150/106 (NAPOLI)

(**) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 200/006 (MACOMER)

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI GENERICI PER CLASSI DI SCELTE E NUMERO SCELTE PER MEDICO GENERICO

ANNO 1995

REGIONE	MEDICI GENERICI DISTINTI PER CLASSI DI SCELTE												DI CUI INDENNITA' PIENA DISPONIBILITA'		NUMERO SCELTE PER MEDICO
	DA 1 A 50		DA 51 A 500		DA 501 A 1000		DA 1001 A 1500		OLTRE 1500		TOTALE				
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	
PIEMONTE	145	4,0	467	12,9	674	18,7	1.799	49,9	522	14,5	3.607	100	3.309	91,7	1.079
VALLE D'AOSTA	3	3,0	13	13,1	14	14,1	50	50,5	19	19,2	99	100	96	97,0	1.135
LOMBARDIA	342	4,7	934	12,7	1.301	17,7	3.072	41,9	1.690	23,0	7.339	100	6.764	92,2	1.100
PROV. AUT. BOLZANO	4	1,8	12	5,4	16	7,1	27	12,1	165	73,7	224	100	184	82,1	1.902
PROV. AUT. TRENTO	6	1,7	34	9,7	56	15,9	170	48,3	86	24,4	352	100	313	88,9	1.219
VENETO	136	3,9	383	10,9	510	14,6	1.691	48,3	784	22,4	3.504	100	3.323	94,8	1.154
FRIULI V. GIULIA	49	4,7	119	11,5	227	21,8	491	47,3	153	14,7	1.039	100	970	93,4	1.076
LIGURIA	41	2,8	271	18,3	324	21,9	667	45,1	175	11,8	1.478	100	1.131	76,5	1.012
EMILIA ROMAGNA	150	4,1	465	12,8	808	22,2	1.415	38,9	799	22,0	3.637	100	3.133	86,1	1.078
TOSCANA	162	5,2	519	16,6	627	20,0	1.215	38,8	610	19,5	3.134	100	2.637	84,2	1.029
UMBRIA	16	2,4	105	15,5	106	15,7	322	47,6	128	18,9	677	100	601	88,8	1.015
MARCHE	93	7,4	162	12,9	219	17,5	528	42,1	251	20,0	1.253	100	1.005	80,2	1.065
LAZIO	182	3,9	820	17,7	912	19,7	2.054	44,3	666	14,4	4.634	100	4.096	88,4	1.047
ABRUZZO	160	15,0	146	13,7	211	19,8	365	34,3	183	17,2	1.065	100	775	72,8	916
MOLISE	6	2,1	60	20,8	85	29,7	109	37,8	27	9,5	287	100	108	38,2	927
CAMPANIA (*)	81	2,1	953	24,5	832	21,4	1.418	36,5	601	15,5	3.885	100	2.633	68,0	989
PUGLIA	72	2,2	588	17,8	539	16,3	1.362	41,2	749	22,6	3.309	100	2.546	76,9	1.093
BASILICATA	7	1,3	96	17,7	103	19,0	242	44,6	94	17,3	542	100	375	69,2	1.076
CALABRIA	17	1,0	243	13,9	459	26,3	831	47,6	195	11,2	1.745	100	1.408	80,7	1.064
SICILIA	114	2,8	548	13,6	724	17,9	1.486	36,7	1.171	29,0	4.043	100	2.822	70,1	1.126
SARDEGNA (**)	13	1,0	169	13,0	230	17,6	577	44,2	315	24,2	1.304	100	1.186	91,0	1.188
ITALIA	1.800	3,8	7.107	15,1	8.977	19,0	19.890	42,2	9.383	19,9	47.157	100	39.415	83,6	1.078

(*) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 150/106 (NAPOLI)

(**) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 200/006 (MACOMER)

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI PEDIATRI PER ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE E BAMBINI PER MEDICO PEDIATRA

ANNO 1995

REGIONE	NUMERO MEDICI PEDIATRI PER ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE					BAMBINI RESIDENTI PER MEDICO PEDIATRA
	DA 0 A 2 ANNI	DA 2 A 9 ANNI	DA 9 A 16 ANNI	OLTRE 16 ANNI	TOTALE	
PIEMONTE	19	111	133	126	389	1.006
VALLE D'AOSTA	2	3	2	3	10	1.438
LOMBARDIA	65	366	206	126	763	1.492
PROV. AUT. BOLZANO	29			10	39	1.889
PROV. AUT. TRENTO	46			15	61	1.035
VENETO	27	214	121	75	437	1.319
FRIULI V. GIULIA	4	29	23	25	81	1.599
LIGURIA	38	13	33	104	188	854
EMILIA ROMAGNA	242			113	355	1.156
TOSCANA	11	131	174	74	390	1.018
UMBRIA	1	41	25	7	74	1.386
MARCHE	72	36	17	29	154	1.218
LAZIO		350	207	71	628	1.164
ABRUZZO	57	41	14	33	145	1.322
MOLISE	1	8	3		12	4.347
CAMPANIA (*)	131	62	56	22	271	2.705
PUGLIA	249	59	16	108	432	1.759
BASILICATA	18	22	9	10	59	1.830
CALABRIA	29	125	34	33	221	1.804
SICILIA	217	254	135	181	787	1.204
SARDEGNA (**)	13	64	70	44	191	1.467
ITALIA	1.271	1.929	1.278	1.209	5.687	1.380

(*) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 150/106 (NAPOLI)

(**) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 200/006 (MACOMER)

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI PEDIATRI PER CLASSI DI SCELTE E NUMERO SCELTE PER MEDICO PEDIATRA

ANNO 1995

REGIONE	MEDICI PEDIATRI DISTINTI PER CLASSI DI SCELTE								DI CUI INDENNITA' PIENA DISPONIBILITA'		NUMERO SCELTE PER PEDIATRA
	DA 1 A 250		DA 251 A 800		OLTRE 800		TOTALE				
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	
PIEMONTE	14	3,6	222	57,1	153	39,3	389	100	341	87,7	729
VALLE D'AOSTA	1	10,0	7	70,0	2	20,0	10	100	5	50,0	588
LOMBARDIA	48	6,3	446	58,5	269	35,3	763	100	716	93,8	649
PROV. AUT. BOLZANO	4	10,3	18	46,2	17	43,6	39	100	32	82,1	665
PROV. AUT. TRENTO	1	1,6	35	57,4	25	41,0	61	100	61	100,0	723
VENETO	20	4,6	252	57,7	165	37,8	437	100	376	86,0	687
FRIULI V. GIULIA	8	9,8	46	57,3	27	32,9	81	100	67	81,7	633
LIGURIA	14	7,4	122	64,9	52	27,7	188	100	148	78,7	607
EMILIA ROMAGNA	32	9,0	230	64,8	93	26,2	355	100	286	80,6	618
TOSCANA	37	9,5	257	65,9	96	24,6	390	100	290	74,4	590
UMBRIA	4	5,4	49	66,2	21	28,4	74	100	72	97,3	506
MARCHE	17	11,0	90	58,4	47	30,5	154	100	119	77,3	601
LAZIO	54	8,6	300	47,8	274	43,6	628	100	565	90,0	642
ABRUZZO	40	27,6	75	51,7	30	20,7	145	100	100	69,0	466
MOLISE	1	8,3	9	75,0	2	16,7	12	100	8	66,7	623
CAMPANIA (*)	38	13,9	128	47,3	105	38,8	271	100	185	67,8	624
PUGLIA	30	6,9	192	44,4	210	48,6	432	100	361	83,6	676
BASILICATA	9	15,3	28	47,5	22	37,3	59	100	40	67,8	580
CALABRIA	40	18,1	130	58,8	51	23,1	221	100	187	84,6	547
SICILIA	47	6,0	333	42,4	407	51,7	787	100	582	74,0	710
SARDEGNA (**)	12	6,3	99	51,8	80	41,9	191	100	180	94,2	666
ITALIA	471	8,3	3.069	54,0	2.147	37,8	5.687	100	4.721	83,0	647

(*) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 150/106 (NAPOLI)

(**) NON SONO PRESENTI I DATI RELATIVI ALLA U.S.L. 200/006 (MACOMER)

ATTIVITA' DI GUARDIA MEDICA

ANNO 1995

REGIONE	NUMERO PUNTI DI GUARDIA MEDICA	NUMERO MEDICI TITOLARI	NUMERO INTERVENTI A DOMICILIO	NUMERO MEDIO MESI RILEVATI
PIEMONTE	136	690	234.477	11,7
VALLE D'AOSTA	13	53	16.591	12,0
LOMBARDIA	216	1.295	331.276	11,8
PROV. AUT. BOLZANO	1	17	4.238	12,0
PROV. AUT. TRENTO	34	120	27.203	12,0
VENETO	115	738	121.048	12,0
FRIULI V. GIULIA	42	237	66.490	12,0
LIGURIA	56	171	78.920	12,0
EMILIA ROMAGNA	133	639	198.611	11,8
TOSCANA	120	669	202.277	11,2
UMBRIA	24	158	40.144	12,0
MARCHE	63	330	91.508	12,0
LAZIO	85	494	49.023	12,0
ABRUZZO	90	384	87.732	10,8
MOLISE	54	257	4.426	11,3
CAMPANIA	200	1.462	184.064	11,3
PUGLIA	144	770	74.385	11,4
BASILICATA	135	282	19.456	10,8
CALABRIA	418	1.675	194.470	10,6
SICILIA	397	1.939	264.334	11,2
SARDEGNA	152	777	60.699	11,4
ITALIA	2.628	13.157	2.351.304	11,5

AMBULATORI E LABORATORI - PRESIDI PUBBLICI

ANNO 1994

REGIONE	INTERNI A ISTITUTI DI CURA	EXTRA OSPEDALIERI	TOTALE
PIEMONTE	91	216	307
VALLE D'AOSTA	1	5	6
LOMBARDIA	181	349	530
PROV. AUT. BOLZANO	41	33	74
PROV. AUT. TRENTO	65	39	104
VENETO	95	108	203
FRIULI V. GIULIA	26	70	96
LIGURIA	82	111	193
EMILIA ROMAGNA	104	157	261
TOSCANA	108	359	467
UMBRIA	19	24	43
MARCHE	54	104	158
LAZIO	104	263	367
ABRUZZO	61	54	115
MOLISE	7	16	23
CAMPANIA	119	261	380
PUGLIA	92	218	310
BASILICATA	19	37	56
CALABRIA	45	102	147
SICILIA	120	301	421
SARDEGNA	43	131	174
ITALIA	1.477	2.958	4.435

AMBULATORI E LABORATORI - PRESIDI PRIVATI CONVENZIONATI
TITOLARI DELLA CONVENZIONE

ANNO 1994

REGIONE	SINGOLO MEDICO	SOCIETA'	CASA DI CURA	TOTALE
PIEMONTE	16	64	24	104
VALLE D'AOSTA		1		1
LOMBARDIA	159	257	50	466
PROV. AUT. BOLZANO	12	10	4	26
PROV. AUT. TRENTO	5	4	1	10
VENETO	166	123	13	302
FRIULI V. GIULIA	39	18	4	61
LIGURIA	62	111	3	176
EMILIA ROMAGNA	102	144	37	283
TOSCANA	147	230	15	392
UMBRIA	13	10	3	26
MARCHE	25	51	10	86
LAZIO	213	572	56	841
ABRUZZO	62	81	14	157
MOLISE	19	9	5	33
CAMPANIA	446	849	57	1.352
PUGLIA	401	210	15	626
BASILICATA	24	24	1	49
CALABRIA	152	127	7	286
SICILIA	1.680	398	26	2.104
SARDEGNA	211	108	4	323
ITALIA	3.954	3.401	349	7.704

PRESIDI SANITARI PUBBLICI SECONDO IL TIPO DI PRESIDIO O IL TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA

ANNO 1994

REGIONE	CONSULT. MATERNO INFANTILE	ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE	ATTIVITA' TOSSICO DIPEND.
PIEMONTE	322	106	71
VALLE D'AOSTA	24	9	1
LOMBARDIA	544	168	110
PROV. AUT. BOLZANO	36	5	5
PROV. AUT. TRENTO	77	12	2
VENETO	333	120	40
FRIULI V. GIULIA	40	19	17
LIGURIA	124	28	22
EMILIA ROMAGNA	548	157	55
TOSCANA	180	110	46
UMBRIA	29	10	4
MARCHE	43	30	20
LAZIO	179	61	33
ABRUZZO	71	9	6
MOLISE	5		2
CAMPANIA	129	44	24
PUGLIA	141	73	49
BASILICATA	32	2	2
CALABRIA	25	15	8
SICILIA	92	62	15
SARDEGNA	58	34	11
ITALIA	3.032	1.074	543

Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale

- ANNO 1994 -

Regioni	3B07 Numero di consultori familiari ogni 10.000 donne in età feconda	3B10 Numero di SERT ogni 10.000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni	3B11a Numero di presidi che svolgono attività di igiene mentale per 10.000 abitanti
PIEMONTE	3,23	0,34	0,25
VALLE D'AOSTA	8,24	0,19	0,76
LOMBARDIA	2,48	0,21	0,19
BOLZANO	3,21	0,19	0,11
TRENTO	6,79	0,05	0,26
VENETO	3,08	0,18	0,27
FRIULI	1,48	0,12	0,16
LIGURIA	3,37	0,08	0,17
EMILIA ROMAGNA	5,92	0,25	0,40
TOSCANA	2,06	0,27	0,31
UMBRIA	1,97	0,32	0,12
MARCHE	1,23	0,28	0,21
LAZIO	2,53	0,20	0,12
ABRUZZO	2,59	0,20	0,07
MOLISE	0,65	0,35	0,00
CAMPANIA	1,80	0,13	0,08
PUGLIA	1,44	0,29	0,18
BASILICATA	6,08	0,22	0,03
CALABRIA	0,63	0,13	0,07
SICILIA	0,82	0,17	0,12
SARDEGNA	2,27	0,16	0,21
ITALIA	2,51	0,16	0,19

Fonte: flussi informativi del Ministero della sanità - Dipartimento della programmazione

ISTITUTI DI CURA PUBBLICI PER TIPO ISTITUTO

ANNO 1994

REGIONE	OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA	POLICLINICI UNIVERSITARI	ISTITUTI A CARATTERE SCIENTIFICO		OSPEDALI CLASSIFICATI O ASSIMILATI	ISTITUTI PSICHIATRICI RESIDUALI	ISTITUTI PRESIDIO DELLA USL	TOTALE
			SEDE CENTRALE/UNICA	SEDI DISTACCATE				
PIEMONTE	67			2	6	3	4	82
VALLE D'AOSTA	1							1
LOMBARDIA	117		11	5	5	12	2	152
PROV. AUT. BOLZANO	8						2	10
PROV. AUT. TRENTO	11				2	1		14
VENETO	72				8	17	4	101
FRIULI V. GIULIA	18	1	2		1	1		23
LIGURIA	33		2	1	2	2		40
EMILIA ROMAGNA	78		1		2	7		88
TOSCANA	59		1	2		6		68
UMBRIA	19					1		20
MARCHE	36		1	2		1		40
LAZIO	71	2	3	5	9	4	1	95
ABRUZZO	25							25
MOLISE	6		1					7
CAMPANIA	68	2	1	1	3	6		81
PUGLIA	72		3	1	3	2	3	84
BASILICATA	15							15
CALABRIA	41			1	1	1		44
SICILIA	89	3	1		1	5		99
SARDEGNA	30	2		1	1	3		37
ITALIA	936	10	27	21	44	72	16	1.126

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE PER TIPO STRUTTURA

ANNO 1995

REGIONE	AZIENDE OSPEDALIERE	OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA	POLICLINICI UNIVERSITARI	ISTITUTI A CARATTERE SCIENTIFICO		OSPEDALI CLASSIFICATI O ASSIMILATI	ISTITUTI PSICHIATRICI RESIDUALI	ISTITUTI PRESIDIO DELLA USL	TOTALE
				SEDE CENTRALE/UNICA	SEDI DISTACCATE				
PIEMONTE	7	53			2	6	3	4	75
VALLE D'AOSTA		1							1
LOMBARDIA	16	98		11	5	5	12	2	149
PROV. AUT. BOLZANO		8						2	10
PROV. AUT. TRENTO		11				2	1		14
VENETO	2	69				9	15	4	99
FRIULI V. GIULIA	1	17	1	2		1	1		23
LIGURIA	3	28		2	1	2	2		38
EMILIA ROMAGNA	5	70		1		1	6		83
TOSCANA	4	31		1	1		5		42
UMBRIA	2	17					2		21
MARCHE	3	34		1	2		1		41
LAZIO	3	63	2	3	6	9	4	2	92
ABRUZZO		25							25
MOLISE		6		1					7
CAMPANIA	7	57	2	1	1	2	5		75
PUGLIA	1	71		3	1	3	2	3	84
BASILICATA	1	12							13
CALABRIA	4	33			1		1		39
SICILIA		90	3	1		1	5		100
SARDEGNA		29	2		1	1	3	1	37
ITALIA	59	823	10	27	21	42	68	18	1.068

CASE DI CURA (CONVENZIONATE E NON) ED ISTITUTI DI RIABILITAZIONE CONVENZIONATI

ANNO 1994

REGIONE	CASE DI CURA PRIVATE			ISTITUTI DI RIABILITAZIONE CONVENZIONATI	TOTALE ISTITUTI CONVENZIONATI
	CONVENZIONATE	NON CONVENZIONATE	TOTALE		
PIEMONTE	36	9	45	7	43
LOMBARDIA	49	12	61	28	77
PROV. AUT. BOLZANO	6	4	10	2	8
PROV. AUT. TRENTO	5		5	3	8
VENETO	20	4	24	5	25
FRIULI V. GIULIA	6		6	3	9
LIGURIA	5	10	15	10	15
EMILIA ROMAGNA	42	6	48	2	44
TOSCANA	31	6	37		31
UMBRIA	6		6	1	7
MARCHE	13	1	14	1	14
LAZIO	101	39	140	22	123
ABRUZZO	11	1	12		11
MOLISE	2		2	1	3
CAMPANIA	81	3	84	8	89
PUGLIA	34	1	35	13	47
BASILICATA	1		1	3	4
CALABRIA	36		36		36
SICILIA	50	13	63	3	53
SARDEGNA	12		12	2	14
ITALIA	547	109	656	114	661

POSTI LETTO PREVISTI NELLA STRUTTURA DEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI E POSTI LETTO CONVENZIONATI

ANNO 1994

REGIONE	POSTI LETTO PUBBLICI				ISTITUTI		POSTI LETTO CONVENZIONATI			ISTITUTI	
	DAY HOSPITAL	DEGENZA ORDINARIA	DEGENZA A PAGAMENTO	TOTALE	RILEVATI	ESISTENTI	DAY HOSPITAL	DEGENZA ORDINARIA	TOTALE	RILEVATI	ESISTENTI
PIEMONTE	1.061	20.671	292	22.024	82	82	36	3.728	3.764	43	43
VALLE D'AOSTA	37	567		604	1	1					
LOMBARDIA	1.258	47.664	791	49.713	152	152	1.950	10.601	12.551	76	77
PROV. AUT. BOLZANO	4	2.300	49	2.353	10	10		328	328	8	8
PROV. AUT. TRENTO	114	3.258	45	3.417	14	14	10	642	652	8	8
VENETO	1.839	29.066	479	31.384	101	101	324	2.138	2.462	25	25
FRIULI V. GIULIA	229	8.382	271	8.882	23	23	175	767	942	9	9
LIGURIA	690	12.715	52	13.457	40	40	145	594	739	15	15
EMILIA ROMAGNA	1.772	20.890	232	22.894	88	88	5	3.883	3.888	43	44
TOSCANA	972	18.995	289	20.256	68	68		2.924	2.924	31	31
UMBRIA	196	4.816		5.012	20	20	35	373	408	7	7
MARCHE	365	8.991	113	9.469	40	40	64	1.671	1.735	14	14
LAZIO	1.277	25.020	57	26.354	95	95	802	16.072	16.874	123	123
ABRUZZO	364	8.313	116	8.793	25	25		2.051	2.051	11	11
MOLISE	13	1.729		1.742	7	7		163	163	3	3
CAMPANIA	646	23.790	1	24.437	80	81	199	7.925	8.124	87	89
PUGLIA	476	27.168	123	27.767	84	84	490	3.223	3.713	47	47
BASILICATA	60	3.151		3.211	15	15	80	1.087	1.167	4	4
CALABRIA	893	8.911	104	9.908	44	44	8	3.152	3.160	35	36
SICILIA	859	24.519	21	25.399	99	99	125	4.477	4.602	52	53
SARDEGNA	358	9.073	10	9.441	37	37	86	1.521	1.607	14	14
ITALIA	13.483	309.989	3.045	326.517	1.125	1.126	4.534	67.320	71.854	655	661

PRENDONO I POSTI LETTO DI NIDO E DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO CONVENZIONATI

ANNO 1995

REGIONE	POSTI LETTO PUBBLICI				STRUTTURE		POSTI LETTO CONVENZIONATI			STRUTTURE	
	DAY HOSPITAL	DEGENZA ORDINARIA	DEGENZA A PAGAMENTO	TOTALE	RILEVATE	ESISTENTI	DAY HOSPITAL	DEGENZA ORDINARIA	TOTALE	RILEVATE	ESISTENTI
PIEMONTE	1.236	19.954	226	21.416	75	75	36	3.890	3.926	44	44
VALLE D'AOSTA	37	551		588	1	1					
LOMBARDIA	1.590	46.443	707	48.740	148	149	1.925	10.602	12.527	77	78
PROV. AUT. BOLZANO	4	2.384	52	2.440	10	10		328	328	8	8
PROV. AUT. TRENTO	139	3.127	45	3.311	14	14	10	530	540	8	8
VENETO	1.960	29.031	395	31.386	99	99	331	2.165	2.496	25	25
FRIULI V. GIULIA	239	7.956	252	8.447	23	23	184	767	951	9	9
LIGURIA	714	11.592	26	12.332	38	38	145	594	739	15	15
EMILIA ROMAGNA	2.048	20.397	215	22.660	83	83	5	3.789	3.794	43	43
TOSCANA	1.020	18.164	269	19.453	42	42		2.594	2.594	29	29
UMBRIA	377	4.712		5.089	21	21	35	373	408	7	7
MARCHE	417	8.972	108	9.497	41	41	79	1.667	1.746	14	14
LAZIO	1.464	25.884	58	27.406	92	92	2.259	16.490	18.749	141	142
ABRUZZO	390	7.387	121	7.898	25	25		2.161	2.161	12	12
MOLISE	43	1.645		1.688	7	7		167	167	3	3
CAMPANIA	725	21.806		22.531	75	75	611	7.532	8.143	82	83
PUGLIA	512	26.748	111	27.371	84	84	550	3.204	3.754	47	47
BASILICATA	62	2.929		2.991	13	13	80	1.087	1.167	4	4
CALABRIA	483	8.252	113	8.848	39	39	8	3.209	3.217	36	36
SICILIA	941	23.758	23	24.722	100	100	100	4.364	4.464	49	49
SARDEGNA	398	8.589	10	8.997	37	37	86	1.524	1.610	14	14
ITALIA	14.799	300.281	2.731	317.811	1.067	1.068	6.444	67.037	73.481	667	670

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1994

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
01 ALLERGOLOGIA	23	445	6.647	7.208	
05 ANGIOLOGIA	128	3.353	37.475	45.138	
07 CARDIOCHIRURGIA	1.250	41.415	352.888	432.010	26.152
08 CARDIOLOGIA	5.991	243.432	1.802.869	2.068.190	
09 CHIRURGIA GENERALE	45.115	1.411.541	12.037.077	15.728.532	765.682
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	511	19.394	133.123	180.129	19.214
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	1.459	67.818	304.661	494.425	48.834
12 CHIRURGIA PLASTICA	1.159	36.164	291.014	397.581	39.613
13 CHIRURGIA TORACICA	787	19.628	219.068	270.498	11.388
14 CHIRURGIA VASCOLARE	1.340	37.279	398.233	475.325	28.466
18 EMATOLOGIA	1.365	32.426	395.326	485.544	2.181
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIO	1.389	40.927	396.222	467.749	
20 IMMUNOLOGIA	6	126	2.226	2.190	
21 GERIATRIA	6.882	147.182	2.110.459	2.429.356	
22 RESIDUALE MANICOMIALE	18.952	19.464	5.681.260	6.542.050	
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	4.858	90.745	1.061.053	1.662.456	
25 MEDICINA DEL LAVORO	477	9.788	105.349	165.863	
26 MEDICINA GENERALE	55.639	1.595.607	16.513.538	19.423.377	
28 UNITA' SPINALE	82	1.097	25.708	28.592	
29 NEFROLOGIA	2.026	57.542	533.192	690.645	4.449
30 NEUROCHIRURGIA	2.788	90.175	871.347	973.547	44.983
32 NEUROLOGIA	7.618	195.927	2.228.295	2.662.988	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	676	14.810	177.176	233.388	
34 OCULISTICA	6.829	257.209	1.579.027	2.379.784	214.704
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	672	21.391	124.797	220.979	24.257
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26.035	892.004	7.190.266	9.100.198	444.869
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24.859	988.429	5.621.732	8.637.725	493.140

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1994

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
38 OTORINOLARINGOIATRIA	7.610	309.237	1.849.141	2.659.672	208.885
39 PEDIATRIA	11.944	480.328	2.346.406	4.137.537	
40 PSICHIATRIA	5.177	108.592	1.588.041	1.823.122	
42 TOSSICOLOGIA	19	1.073	4.336	6.935	
43 UROLOGIA	8.565	272.607	2.376.738	2.999.277	161.558
47 GRANDI USTIONATI	154	1.792	32.197	47.208	
48 NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO DI RENE)	484	15.716	139.803	171.491	2.154
49 TERAPIA INTENSIVA	2.656	113.225	709.642	904.814	5.098
50 UNITA' CORONARICA	2.085	124.157	582.493	719.211	7.095
51 ASTANTERIA	1.478	165.837	364.070	505.803	
52 DERMATOLOGIA	3.293	82.901	852.554	1.141.847	15.933
54 EMODIALISI	194	3.815	38.767	60.378	154
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	4.473	49.319	1.312.060	1.555.908	
57 FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	80	3.080	22.813	28.805	1.721
58 GASTROENTEROLOGIA	1.330	40.746	409.694	460.358	4.337
60 LUNGODEGENTI	4.199	33.112	1.170.104	1.458.392	
61 MEDICINA NUCLEARE	53	1.748	10.624	16.942	
62 NEONATOLOGIA	2.528	76.051	546.662	853.617	
64 ONCOLOGIA	2.176	63.715	615.395	783.656	16.168
67 PENSIONANTI	284	5.584	48.340	100.467	1.472
68 PNEUMOLOGIA	8.092	164.261	2.264.428	2.803.418	
69 RADIOLOGIA	24	304	8.761	8.882	
70 RADIOTERAPIA	1.049	22.115	249.819	370.050	
71 REUMATOLOGIA	398	8.436	121.676	139.583	
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1.217	22.054	286.959	412.788	875
78 UROLOGIA PEDIATRICA	88	3.958	19.858	30.417	2.238
97 DETENUTI	75	543	8.296	24.576	
TOTALE	288.641		78.179.705	100.430.621	2.595.620

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
01 ALLERGOLOGIA	21	546	6.792	7.392	
05 ANGIOLOGIA	144	4.011	43.606	51.039	
07 CARDIOCHIRURGIA	1.187	45.337	340.950	421.425	31.315
08 CARDIOLOGIA	5.927	263.853	1.814.448	2.109.313	
09 CHIRURGIA GENERALE	42.913	1.404.883	11.019.344	15.011.054	843.237
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	697	19.961	125.898	237.163	22.859
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	1.245	64.392	263.952	435.845	46.174
12 CHIRURGIA PLASTICA	1.099	36.531	261.257	374.765	45.834
13 CHIRURGIA TORACICA	794	20.128	216.158	265.569	13.167
14 CHIRURGIA VASCOLARE	1.392	40.808	386.083	483.872	31.475
18 EMATOLOGIA	1.348	32.022	367.918	455.249	3.104
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIO	1.235	39.216	358.631	429.150	
20 IMMUNOLOGIA	6	166	2.539	2.190	
21 GERIATRIA	6.408	147.076	1.905.329	2.218.202	
22 RESIDUALE MANICOMIALE	14.674	16.883	4.835.510	5.192.158	
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	4.535	92.696	999.446	1.570.535	
25 MEDICINA DEL LAVORO	430	8.055	87.142	142.898	
26 MEDICINA GENERALE	53.682	1.624.492	15.918.863	19.029.347	
27 MEDICINA LEGALE	30	1.341	8.593	10.950	
28 UNITA' SPINALE	158	1.557	43.888	52.470	
29 NEFROLOGIA	1.865	57.519	512.160	662.083	7.616
30 NEUROCHIRURGIA	2.658	88.571	795.105	918.587	50.975
32 NEUROLOGIA	7.036	193.706	2.060.495	2.492.407	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	614	12.069	162.344	214.073	
34 OCULISTICA	6.263	269.984	1.391.828	2.224.171	262.858
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	545	20.408	102.176	181.803	22.100
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24.993	907.361	6.785.277	8.901.948	530.005

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	23.291	965.218	5.105.629	8.194.121	552.362
38 OTORINOLARINGOIATRIA	7.287	317.004	1.721.182	2.582.601	235.699
39 PEDIATRIA	11.046	457.252	2.153.151	3.839.993	
40 PSICHIATRIA	4.686	108.569	1.398.268	1.637.396	
42 TOSSICOLOGIA	23	1.506	4.768	7.787	
43 UROLOGIA	8.274	289.774	2.202.416	2.927.953	189.282
47 GRANDI USTIONATI	151	1.952	36.086	54.720	
48 NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO DI RENE)	473	15.108	138.683	169.543	4.822
49 TERAPIA INTENSIVA	2.664	116.116	714.727	929.881	9.350
50 UNITA' CORONARICA	2.132	133.491	585.685	727.754	9.126
51 ASTANTERIA	1.441	141.384	349.186	492.568	
52 DERMATOLOGIA	2.947	82.725	748.587	1.031.495	24.076
54 EMODIALISI	142	3.356	32.309	47.846	211
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	4.759	55.461	1.422.251	1.651.899	
57 FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	82	2.514	17.946	28.836	1.218
58 GASTROENTEROLOGIA	1.158	38.659	351.586	406.431	9.217
60 LUNGODEGENTI	3.798	30.428	1.029.833	1.250.103	
61 MEDICINA NUCLEARE	53	1.949	11.185	16.850	
62 NEONATOLOGIA	2.322	75.712	518.929	809.878	
64 ONCOLOGIA	2.062	59.022	525.588	660.773	17.256
67 PENSIONANTI	302	6.906	56.449	106.520	3.538
68 PNEUMOLOGIA	6.973	155.944	1.935.867	2.443.344	
70 RADIOTERAPIA	1.069	23.268	244.487	368.744	
71 REUMATOLOGIA	375	8.861	119.041	136.450	
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1.171	21.638	285.665	400.561	3.651
78 UROLOGIA PEDIATRICA	60	3.210	11.860	21.080	2.188
97 DETENUTI	85	817	10.700	26.129	
TOTALE	270.725		72.547.796	95.066.914	2.972.715

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
01 ALLERGOLOGIA	16	375	4.791	5.384	
05 ANGIOLOGIA	76	1.846	22.940	26.828	
07 CARDIOCHIRURGIA	731	28.432	210.856	266.634	19.766
08 CARDIOLOGIA	1.735	80.724	553.147	626.525	
09 CHIRURGIA GENERALE	6.476	210.607	1.820.693	2.309.876	176.961
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	290	10.685	72.970	99.525	15.314
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	504	28.168	110.682	178.212	20.307
12 CHIRURGIA PLASTICA	533	16.720	122.345	177.998	25.556
13 CHIRURGIA TORACICA	423	11.348	126.660	151.202	8.745
14 CHIRURGIA VASCOLARE	515	14.284	134.108	172.951	11.803
18 EMATOLOGIA	679	14.631	190.879	234.909	2.454
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIO	404	14.691	99.772	140.829	
20 IMMUNOLOGIA	6	166	2.539	2.190	
21 GERIATRIA	1.592	39.673	484.595	561.948	
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1.677	32.548	375.990	607.147	
25 MEDICINA DEL LAVORO	198	3.814	44.421	61.624	
26 MEDICINA GENERALE	8.687	251.921	2.743.320	3.119.109	
28 UNITA' SPINALE	46	734	13.286	16.547	
29 NEFROLOGIA	608	17.928	168.986	218.179	4.859
30 NEUROCHIRURGIA	1.375	47.318	417.023	491.992	30.006
32 NEUROLOGIA	1.837	52.510	572.955	662.600	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	89	2.925	18.908	32.303	
34 OCULISTICA	1.455	64.007	334.065	523.318	79.350
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	127	4.897	27.990	43.072	7.842
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4.616	150.551	1.313.281	1.645.788	131.042
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.673	172.130	890.173	1.301.895	135.666
38 OTORINOLARINGOIATRIA	1.752	74.629	431.430	629.688	63.874

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
39 PEDIATRIA	1.716	73.528	349.902	585.521	
40 PSICHIATRIA	902	24.596	281.218	321.566	
42 TOSSICOLOGIA	23	1.506	4.768	7.787	
43 UROLOGIA	2.172	76.435	596.372	786.517	58.255
47 GRANDI USTIONATI	68	810	17.458	25.033	
48 NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO DI RENE)	256	7.619	71.932	93.105	3.712
49 TERAPIA INTENSIVA	865	41.161	247.998	309.280	3.883
50 UNITA' CORONARICA	415	30.809	117.145	147.339	3.413
51 ASTANTERIA	523	62.912	127.983	184.568	
52 DERMATOLOGIA	848	25.202	236.656	304.898	11.044
54 EMODIALISI	43	1.066	12.875	15.695	-
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	618	8.270	171.785	209.207	
57 FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	48	1.566	11.853	17.581	768
58 GASTROENTEROLOGIA	436	13.966	133.268	158.958	5.962
60 LUNGODEGENTI	479	2.375	134.955	156.283	
61 MEDICINA NUCLEARE	20	712	4.499	6.083	
62 NEONATOLOGIA	732	24.291	196.923	256.748	
64 ONCOLOGIA	501	16.745	131.341	171.885	3.342
67 PENSIONANTI	118	2.623	23.083	40.211	1.315
68 PNEUMOLOGIA	2.726	64.492	806.465	984.498	
70 RADIOTERAPIA	679	15.261	161.507	244.581	
71 REUMATOLOGIA	177	3.854	59.034	64.849	
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	382	7.759	101.170	128.238	3.592
78 UROLOGIA PEDIATRICA	32	1.496	4.633	10.768	717
97 DETENUTI	38	426	5.843	12.440	
TOTALE	54.937		15.319.471	19.551.912	829.548

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
01 ALLERGOLOGIA	16	375	4.791	5.384	
05 ANGIOLOGIA	76	1.846	22.940	26.828	
07 CARDIOCHIRURGIA	731	28.432	210.856	266.634	19.766
08 CARDIOLOGIA	1.735	80.724	553.147	626.525	
09 CHIRURGIA GENERALE	6.476	210.607	1.820.693	2.309.876	176.961
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	290	10.685	72.970	99.525	15.314
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	504	28.168	110.682	178.212	20.307
12 CHIRURGIA PLASTICA	533	16.720	122.345	177.998	25.556
13 CHIRURGIA TORACICA	423	11.348	126.660	151.202	8.745
14 CHIRURGIA VASCOLARE	515	14.284	134.108	172.951	11.803
18 EMATOLOGIA	679	14.631	190.879	234.909	2.454
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIO	404	14.691	99.772	140.829	
20 IMMUNOLOGIA	6	166	2.539	2.190	
21 GERIATRIA	1.592	39.673	484.595	561.948	
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1.677	32.548	375.990	607.147	
25 MEDICINA DEL LAVORO	198	3.814	44.421	61.624	
26 MEDICINA GENERALE	8.687	251.921	2.743.320	3.119.109	
28 UNITA' SPINALE	46	734	13.286	16.547	
29 NEFROLOGIA	608	17.928	168.986	218.179	4.859
30 NEUROCHIRURGIA	1.375	47.318	417.023	491.992	30.006
32 NEUROLOGIA	1.837	52.510	572.955	662.600	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	89	2.925	18.908	32.303	
34 OCULISTICA	1.455	64.007	334.065	523.318	79.350
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	127	4.897	27.990	43.072	7.842
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4.616	150.551	1.313.281	1.645.788	131.042
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.673	172.130	890.173	1.301.895	135.666
38 OTORINOLARINGOIATRIA	1.752	74.629	431.430	629.688	63.874

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO EFFETTIVAMENTE UTILIZZATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
39 PEDIATRIA	1.716	73.528	349.902	585.521	
40 PSICHIATRIA	902	24.596	281.218	321.566	
42 TOSSICOLOGIA	23	1.506	4.768	7.787	
43 UROLOGIA	2.172	76.435	596.372	786.517	58.255
47 GRANDI USTIONATI	68	810	17.458	25.033	
48 NEFROLOGIA (ABILITATO AL TRAPIANTO DI RENE)	256	7.619	71.932	93.105	3.712
49 TERAPIA INTENSIVA	865	41.161	247.998	309.280	3.883
50 UNITA' CORONARICA	415	30.809	117.145	147.339	3.413
51 ASTANTERIA	523	62.912	127.983	184.568	
52 DERMATOLOGIA	848	25.202	236.656	304.898	11.044
54 EMODIALISI	43	1.066	12.875	15.695	-
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	618	8.270	171.785	209.207	
57 FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	48	1.566	11.853	17.581	768
58 GASTROENTEROLOGIA	436	13.966	133.268	158.958	5.962
60 LUNGODEGENTI	479	2.375	134.955	156.283	
61 MEDICINA NUCLEARE	20	712	4.499	6.083	
62 NEONATOLOGIA	732	24.291	196.923	256.748	
64 ONCOLOGIA	501	16.745	131.341	171.885	3.342
67 PENSIONANTI	118	2.623	23.083	40.211	1.315
68 PNEUMOLOGIA	2.726	64.492	806.465	984.498	
70 RADIOTERAPIA	679	15.261	161.507	244.581	
71 REUMATOLOGIA	177	3.854	59.034	64.849	
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	382	7.759	101.170	128.238	3.592
78 UROLOGIA PEDIATRICA	32	1.496	4.633	10.768	717
97 DETENUTI	38	426	5.843	12.440	
TOTALE	54.937		15.319.471	19.551.912	829.548

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DEGLI ISTITUTI DI CURA PRIVATI CONVENZIONATI PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1994

DISCIPLINA	POSTI LETTO CONVENZIONATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
05 ANGIOLOGIA	120	2.102	39.438	43.800	
07 CARDIOCHIRURGIA	20	2.994	8.241	7.300	1.952
08 CARDIOLOGIA	1.737	35.447	447.347	578.590	
09 CHIRURGIA GENERALE	7.360	222.215	2.014.630	2.504.124	145.018
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	66	2.691	16.357	21.353	2.776
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	53	1.592	6.233	19.345	1.358
12 CHIRURGIA PLASTICA	20	686	5.788	7.300	1.812
13 CHIRURGIA TORACICA	10	199	1.910	3.650	-
14 CHIRURGIA VASCOLARE	154	5.393	57.058	54.385	3.669
18 EMATOLOGIA	4	126	1.189	1.460	-
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIO	90	2.038	25.038	31.025	
21 GERIATRIA	1.365	16.826	468.761	463.185	
22 RESIDUALE MANICOMIALE	2.135	1.991	513.146	702.473	
26 MEDICINA GENERALE	8.494	186.244	2.933.630	2.934.423	
29 NEFROLOGIA	166	2.516	41.248	57.762	168
30 NEUROCHIRURGIA	9	115	1.213	3.011	132
32 NEUROLOGIA	3.842	44.179	1.303.023	1.341.892	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	428	488	59.782	146.943	
34 OCULISTICA	1.019	35.669	235.717	351.742	24.547
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	5	142	413	1.825	142
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.851	127.067	1.364.911	1.355.309	59.766
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.950	114.119	716.980	976.654	58.300
38 OTORINOLARINGOIATRIA	786	22.066	103.070	254.900	16.215
39 PEDIATRIA	232	5.002	26.817	76.013	
40 PSICHIATRIA	4.894	24.490	1.602.722	1.655.458	
43 UROLOGIA	1.021	26.805	262.598	350.615	15.683
49 TERAPIA INTENSIVA	121	5.887	38.553	40.303	610

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DEGLI ISTITUTI DI CURA PRIVATI CONVENZIONATI PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1994

DISCIPLINA	POSTI LETTO CONVENZIONATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
50 UNITA' CORONARICA	36	1.215	7.270	10.859	7
52 DERMATOLOGIA	113	2.088	25.304	40.485	453
54 EMODIALISI	26	214	4.426	9.399	4
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	11.978	69.254	3.694.300	4.213.169	
58 GASTROENTEROLOGIA	55	1.437	18.212	20.075	-
60 LUNGODEGENTI	7.938	27.369	2.617.608	2.831.548	
61 MEDICINA NUCLEARE	15	107	334	5.019	
62 NEONATOLOGIA	72	3.439	23.194	24.242	
64 ONCOLOGIA	277	4.440	76.699	95.205	110
68 PNEUMOLOGIA	799	7.880	247.721	277.249	
70 RADIOTERAPIA	35	437	15.332	12.775	
71 REUMATOLOGIA	169	4.436	59.327	59.860	
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6	43	223	2.008	-
TOTALE	62.471		19.085.763	21.586.733	332.722

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE CASE DI CURA CONVENZIONATE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO CONVENZIONATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
05 ANGIOLOGIA	120	1.947	35.500	42.431	
07 CARDIOCHIRURGIA	67	4.218	15.689	19.132	3.003
08 CARDIOLOGIA	1.612	35.775	382.674	566.512	
09 CHIRURGIA GENERALE	6.705	216.830	1.608.059	2.380.989	153.952
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	64	2.520	12.276	22.326	2.711
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	53	582	3.302	17.733	546
12 CHIRURGIA PLASTICA	30	808	4.940	7.908	1.197
13 CHIRURGIA TORACICA	10	105	1.500	3.650	38
14 CHIRURGIA VASCOLARE	161	6.435	56.199	58.643	4.763
18 EMATOLOGIA	4	36	558	1.460	-
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIO	90	1.879	23.648	32.546	
21 GERIATRIA	1.225	17.613	371.523	411.508	
22 RESIDUALE MANICOMIALE	1.485	1.007	251.955	448.494	
26 MEDICINA GENERALE	7.057	183.724	2.373.966	2.547.096	
29 NEFROLOGIA	121	1.476	25.357	42.797	421
30 NEUROCHIRURGIA	25	224	3.280	8.213	164
32 NEUROLOGIA	3.951	43.083	1.186.751	1.371.488	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	18	41	409	3.346	
34 OCULISTICA	951	37.020	178.441	303.746	29.717
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	5	88	245	1.673	88
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.707	134.261	1.212.526	1.331.006	68.781
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.645	102.207	555.370	900.489	57.974
38 OTORINOLARINGOIATRIA	772	20.160	80.086	240.967	16.016
39 PEDIATRIA	173	4.027	24.153	58.187	
40 PSICHIATRIA	2.782	21.909	869.154	943.982	
43 UROLOGIA	882	25.705	205.073	295.897	15.674
49 TERAPIA INTENSIVA	114	6.012	32.991	38.994	1.023

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE CASE DI CURA CONVENZIONATE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO CONVENZIONATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
50 UNITA' CORONARICA	29	813	5.638	9.368	4
52 DERMATOLOGIA	113	2.316	23.061	38.204	413
54 EMODIALISI	26	124	1.907	8.456	3
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	4.640	57.432	1.553.845	1.637.180	
58 GASTROENTEROLOGIA	55	1.724	16.253	20.075	-
60 LUNGODEGENTI	6.514	22.541	2.204.747	2.242.318	
61 MEDICINA NUCLEARE	15	118	360	5.019	
62 NEONATOLOGIA	77	4.001	20.341	22.873	
64 ONCOLOGIA	273	5.604	74.823	93.866	102
68 PNEUMOLOGIA	751	9.322	235.656	273.659	
70 RADIOTERAPIA	35	489	13.803	12.775	
71 REUMATOLOGIA	169	4.069	52.680	61.685	
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6	57	299	2.190	-
TOTALE	47.532		13.719.038	16.528.881	356.590

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE CASE DI CURA CONVENZIONATE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO CONVENZIONATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
05 ANGIOLOGIA	120	1.947	35.500	42.431	
07 CARDIOCHIRURGIA	67	4.218	15.689	19.132	3.003
08 CARDIOLOGIA	1.612	35.775	382.674	566.512	
09 CHIRURGIA GENERALE	6.705	216.830	1.608.059	2.380.989	153.952
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	64	2.520	12.276	22.326	2.711
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	53	582	3.302	17.733	546
12 CHIRURGIA PLASTICA	30	808	4.940	7.908	1.197
13 CHIRURGIA TORACICA	10	105	1.500	3.650	38
14 CHIRURGIA VASCOLARE	161	6.435	56.199	58.643	4.763
18 EMATOLOGIA	4	36	558	1.460	-
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIO	90	1.879	23.648	32.546	
21 GERIATRIA	1.225	17.613	371.523	411.508	
22 RESIDUALE MANICOMIALE	1.485	1.007	251.955	448.494	
26 MEDICINA GENERALE	7.057	183.724	2.373.966	2.547.096	
29 NEFROLOGIA	121	1.476	25.357	42.797	421
30 NEUROCHIRURGIA	25	224	3.280	8.213	164
32 NEUROLOGIA	3.951	43.083	1.186.751	1.371.488	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	18	41	409	3.346	
34 OCULISTICA	951	37.020	178.441	303.746	29.717
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	5	88	245	1.673	88
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.707	134.261	1.212.526	1.331.006	68.781
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.645	102.207	555.370	900.489	57.974
38 OTORINOLARINGOIATRIA	772	20.160	80.086	240.967	16.016
39 PEDIATRIA	173	4.027	24.153	58.187	
40 PSICHIATRIA	2.782	21.909	869.154	943.982	
43 UROLOGIA	882	25.705	205.073	295.897	15.674
49 TERAPIA INTENSIVA	114	6.012	32.991	38.994	1.023

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DELLE CASE DI CURA CONVENZIONATE PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO CONVENZIONATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
50 UNITA' CORONARICA	29	813	5.638	9.368	4
52 DERMATOLOGIA	113	2.316	23.061	38.204	413
54 EMODIALISI	26	124	1.907	8.456	3
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	4.640	57.432	1.553.845	1.637.180	
58 GASTROENTEROLOGIA	55	1.724	16.253	20.075	-
60 LUNGODEGENTI	6.514	22.541	2.204.747	2.242.318	
61 MEDICINA NUCLEARE	15	118	360	5.019	
62 NEONATOLOGIA	77	4.001	20.341	22.873	
64 ONCOLOGIA	273	5.604	74.823	93.866	102
68 PNEUMOLOGIA	751	9.322	235.656	273.659	
70 RADIOTERAPIA	35	489	13.803	12.775	
71 REUMATOLOGIA	169	4.069	52.680	61.685	
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6	57	299	2.190	-
TOTALE	47.532		13.719.038	16.528.881	356.590

RIEPILOGO NAZIONALE

POSTI LETTO, DEGENTI, GIORNATE DI DEGENZA E INTERVENTI CHIRURGICI DEGLI ISTITUTI DI RIABILITAZIONE CONVENZIONATI

PER DISCIPLINA OSPEDALIERA

ANNO 1995

DISCIPLINA	POSTI LETTO CONVENZIONATI	DEGENTI	GIORNATE DI DEGENZA		INTERVENTI CHIRURGICI
			EFFETTUATE	DISPONIBILI	
08 CARDIOLOGIA	60	704	12.244	18.250	
21 GERIATRIA	120	811	41.379	43.800	
22 RESIDUALE MANICOMIALE	601	706	168.286	172.371	
32 NEUROLOGIA	92	95	26.083	33.580	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	406	487	51.082	124.526	
40 PSICHIATRIA	1.452	1.940	520.067	529.980	
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	8.066	19.442	2.311.259	2.644.673	
60 LUNGODEGENTI	1.478	6.420	461.407	508.993	
64 ONCOLOGIA	24	248	5.288	8.030	
TOTALE	12.299		3.597.095	4.084.203	

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO DEGLI ISTITUTI DI CURA PUBBLICI

ANNO 1994

REGIONE	NUMERO PAZIENTI				% DI RICOVERATI	NUMERO ISTITUTI RILEVATI	NUMERO ISTITUTI PRESENTI	NUMERO MEDIO MESI RILEVATI PER ISTITUTO
	RICOVERATI	NON RICOVERATI	DECEDUTI	TOTALE				
PIEMONTE	271.014	1.137.551	2.828	1.411.393	19,2	62	82	11,4
VALLE D'AOSTA	7.762	21.944	59	29.765	26,1	1	1	12,0
LOMBARDIA	911.726	2.110.792	3.536	3.026.054	30,1	112	152	11,9
PROV. AUT. BOLZANO	34.208	107.712	84	142.004	24,1	5	10	11,3
PROV. AUT. TRENTO	44.971	144.237	186	189.394	23,7	9	14	10,7
VENETO	686.164	1.475.620	2.924	2.164.708	31,7	75	101	11,8
FRIULI V. GIULIA	181.977	321.804	496	504.277	36,1	17	23	11,9
LIGURIA	165.164	407.299	1.881	574.344	28,8	24	40	10,8
EMILIA ROMAGNA	324.322	964.501	1.311	1.290.134	25,1	65	88	11,2
TOSCANA	222.676	508.045	919	731.640	30,4	37	68	11,0
UMBRIA	105.207	210.455	112	315.774	33,3	17	20	10,1
MARCHE	117.438	358.730	655	476.823	24,6	31	40	10,2
LAZIO	391.963	1.210.600	1.281	1.603.844	24,4	63	95	11,5
ABRUZZO	206.039	343.344	502	549.885	37,5	18	25	10,8
MOLISE	32.987	49.393	90	82.470	40,0	4	7	10,5
CAMPANIA	304.688	1.069.741	666	1.375.095	22,2	48	81	10,7
PUGLIA	502.730	636.935	1.166	1.140.831	44,1	65	84	10,8
BASILICATA	76.563	56.868	88	133.519	57,3	12	15	10,2
CALABRIA	200.242	339.208	296	539.746	37,1	32	44	11,5
SICILIA	499.175	1.204.933	748	1.704.856	29,3	81	99	11,0
SARDEGNA	75.164	253.832	296	329.292	22,8	22	37	8,6
ITALIA	5.362.180	12.933.544	20.124	18.315.848	29,3	800	1.126	11,1

capitolo 3 tabella n.23

MATRICE DI MOBILITA' INTERREGIONALE DEI PAZIENTI
ISTITUTI DI RICOVERO E CURA PUBBLICI E PRIVATI CONVENZIONATI
TERAPIA INTENSIVA, SPECIALITA' AD ELEVATA E MEDIA ASSISTENZA, SPECIALITA' DI BASE E RIABILITAZIONE
ANNO 1994

REGIONE DI RICOVERO	REGIONE DI PROVENIENZA																					PROVEN. DA ALTRE REGIONI	
	PIEMONTE	V. D'AOSTA	LOMBARDIA	P.A. BOLZANO	P.A. TRENTO	VENETO	FRIULI V.G.	LIGURIA	EMILIA ROM.	TOSCANA	UMBRIA	MARCHE	LAZIO	ABRUZZO	MOLISE	CAMPANIA	PUGLIA	BASILICATA	CALABRIA	SICILIA	SARDEGNA	TOTALE	%
PIEMONTE	497.639	1.222	9.633	55	164	462	131	5.096	631	486	91	161	836	186	57	1.313	1.493	489	2.339	2.266	679	528.997	31.358	3.731	478	37.736	5,2
V. D'AOSTA	871	16.081	279	2	7	30	11	132	35	36	11	13	74	11	3	35	38	6	195	81	45	17.501	1.581	183	48	1.918	10,2
LOMBARDIA	23.074	633	1.477.685	173	667	6.610	1.984	4.780	13.278	3.887	664	1.016	3.610	32	3	742	4.780	183	5.734	14.634	1.133	1.562.141	84.456	8.715	2.136	184.881	6,3
P.A. BOLZANO	112	10	667	80.788	1.393	1.771	210	93	366	333	39	36	347	32	11	110	103	7	7	43	43	85.845	4.897	2.866	43	6.397	7,1
P.A. TRENTO	164	15	2.666	1.393	81.874	2.333	130	187	774	343	39	105	383	91	5	169	185	19	138	329	81	93.577	10.434	739	699	10.434	11,1
VENETO	1.836	83	14.309	1.393	6.791	768.310	5.894	1.574	7.345	1.574	271	831	2.693	533	161	2.343	3.644	348	2.166	7.209	671	829.419	29.814	5.598	1.333	35.151	4,1
F.V. GIULIA	330	19	1.360	199	166	14.791	246.933	166	849	836	94	183	664	186	65	743	873	76	397	1.363	139	271.431	33.131	2.704	1.333	37.911	11,6
LIGURIA	18.486	173	6.163	38	38	483	142	284.941	1.460	4.780	115	185	627	388	96	2.866	4.787	333	3.157	4.344	873	344.916	49.797	3.479	877	54.153	9,1
EMILIA ROM.	1.911	87	13.938	332	75	4.235	877	1.782	892.427	2.874	890	831	2.397	2.704	883	4.787	2.264	1.123	3.758	4.287	866	968.822	39.573	5.811	1.688	46.118	4,6
TOSCANA	956	36	2.301	75	21	753	231	3.983	3.193	562.775	3.398	831	3.695	396	211	5.736	2.869	195	1.748	4.287	486	586.226	26.222	996	77	26.222	12,9
UMBRIA	153	3	330	21	17	180	33	68	330	4.577	130.696	2.891	8.734	642	115	780	546	195	991	486	90	279.536	26.886	1.111	90	28.086	7,4
MARCHE	347	13	1.183	37	63	345	99	166	2.746	680	1.689	257.921	3.660	7.877	431	690	2.146	137	391	830	90	267.343	13.086	9.763	1.391	17.308	7,8
LAZIO	466	49	842	76	76	619	166	287	487	1.868	2.699	783.894	6.374	244.647	2.698	18.451	4.937	1.868	7.603	4.774	278	263.434	17.308	699	47	6,6
ABRUZZO	386	7	747	44	38	483	142	80	396	392	365	2.819	6.374	244.647	1.991	998	1.138	94	262	278	47	263.434	17.308	699	47	18.054	6,6
MOLISE	79	1	133	6	5	17	3	4	44	43	5	33	641	161	30.679	500	1.310	30	13	31	8	33.479	9.698	2.836	130	12.764	10,7
CAMPANIA	372	14	843	55	15	164	95	95	354	343	71	220	2.138	633	500	731.196	679.310	12.649	1.044	1.811	519	735.896	29.279	1.844	134	29.279	4,1
PUGLIA	1.545	38	2.334	240	1	379	139	111	373	81	4	15	193	19	10	2.863	1.669	97.305	2.474	2.401	77	716.333	7.833	97	5	7.935	7,4
BASILICATA	370	1	240	1	1	18	9	33	228	243	43	46	1.995	46	15	1.995	480	1.864	358.117	1.433	31	366.882	9.947	780	31	9.947	2,7
CALABRIA	861	76	1.644	11	11	116	48	84	264	245	66	80	484	48	7	471	328	64	2.153	797.371	79	717.813	6.393	2.179	79	9.572	9,8
SICILIA	819	5	1.975	34	11	222	36	179	130	167	18	80	626	16	6	105	66	3	39	130	251.343	254.330	3.301	486	251.343	505.673	6,3
SARDEGNA	367	23	495	5	26	110	36	156	130	167	18	80	626	16	6	105	66	3	39	130	251.343	253.673	3.301	486	251.343	505.349	6,3
TOTALE	548.999	19.303	1.540.849	84.793	92.551	796.929	256.310	302.697	914.977	589.230	144.550	375.772	743.857	266.884	46.127	784.386	721.147	112.895	398.894	788.749	289.726	9.934.978		85.715	39.376		5,9
RICOVERI IN ALTRE REGIONI	43.369	3.892	61.164	4.813	10.977	33.619	9.206	16.666	32.480	26.655	9.322	17.851	40.365	21.637	5.446	39.196	41.637	22.890	45.729	49.376	6.485						
% RICOVERI IN ALTRE REGIONI	8,0	14,5	3,9	4,7	11,6	4,2	3,6	5,1	4,4	4,4	6,4	4,5	5,4	8,0	10,4	7,5	5,7	16,5	10,7	6,3	2,2						
SALDO RICOVERI	15.633	-892	43.417	2.364	-303	13.399	11.868	15.345	37.237	13.117	10.788	2.933	46.994	-5.149	-398	44.994	-12.398	-17.787	33.792	-45.116	-5.984		

capitolo 3 tabella n.24

MATRICE DI MOBILITA' INTERREGIONALE DEI PAZIENTI
STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE
TERAPIA INTENSIVA, SPECIALITA' AD ELEVATA E MEDIA ASSISTENZA, SPECIALITA' DI BASE E RIABILITAZIONE
ANNO 1994

REGIONE DI RICOVERO	REGIONE DI PROVENIENZA																				PROVEN. DA ALTRE REGIONI
PIEMONTE	574.629	1.776	16.938	37	83	436	164	6.399	1.612	948	97	335	933	488	341	1.633	1.886	262	2.827	3.893	3.810	202	36.389	17
V. D' AOSTA	776	18.982	274	1	1	34	146	67	37	8	1	1	1	1	21	20	36	16	137	89	137	43	1.933	19,4
LOMBARDIA	34.422	647	1.691.891	488	1.263	5.491	4.991	15.709	3.418	636	1.761	3.691	314	472	1.487	9.962	9.142	1.689	9.360	18.171	9.176	3.844	189.260	6,7
P. A. BOLZANO	94	9	666	92.683	3.364	85.636	84	337	861	190	347	396	2.691	36	73	168	139	18	88	187	3.163	36	92.486	7,1
P. A. TRENTO	135	9	3.754	1.689	8.636	3.735	164	694	7.998	3.760	1.782	2.133	2.691	17	73	168	139	30	133	187	482	92	14.889	11,4
VENETO	1.547	151	14.633	1.383	763.809	2.335	2.775	230.333	444	387	387	2.691	2.691	232	617	2.594	3.693	365	3.777	7.647	5.818	811	63.435	7,5
P. V. GIULIA	354	16	1.366	93	191	13.830	117	1.378	666	387	63	100	771	68	393	2.813	1.970	45	315	994	2.138	134	19.784	7,9
LIGURIA	16.332	566	5.773	37	79	397	5.132	699.043	6.220	7.452	3.641	5.999	16.686	271	641	6.317	3.704	373	5.361	6.979	3.881	1.190	36.866	11,5
EMILIA ROM.	2.043	186	14.429	313	574	13.830	1.698	699.043	2.883	7.452	3.641	5.999	16.686	271	641	6.317	3.704	373	5.361	6.979	3.881	1.190	72.300	9,3
TOSCANA	1.186	42	2.613	76	180	1.669	6.698	271.698	3.590	3.896	3.896	5.999	16.686	453	641	6.317	3.704	373	5.361	6.979	3.881	1.190	72.300	7,3
UMBRIA	113	19	327	33	14	98	74	3.590	223	3.896	3.896	5.999	16.686	453	641	6.317	3.704	373	5.361	6.979	3.881	1.190	72.300	7,3
MARCHE	300	9	1.948	33	48	198	99	1.482	516	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
LAZIO	2.254	48	4.952	63	88	516	396	2.332	774	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
ABRUZZO	321	11	451	33	9	159	264	774	11	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
MOLISE	42	1	127	1	1	25	5	11	11	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
CAMPANIA	436	15	1.098	15	25	221	77	1.482	516	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
PUGLIA	887	26	1.718	42	42	366	138	1.482	516	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
BASILICATA	135	6	366	5	2	34	14	1.482	516	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
CALABRIA	886	56	1.477	32	31	137	56	191	336	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
SICILIA	466	11	1.118	10	34	182	35	174	177	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
SARDEGNA	397	11	429	9	10	97	29	174	177	1.482	1.482	2.198	6.871	134	344	888	1.913	144	1.456	2.599	884	89	45.191	13,5
TOTALE	632.332	19.136	1.864.662	93.433	96.547	796.540	336.339	736.997	730.860	897.196	151.365	337.427	888.569	343.220	57.988	834.151	578.691	111.766	367.171	884.199	63.496	337.413	9.340.214	6,1
RICOVERI IN ALTRE REGIONI	46.292	3.160	63.374	4.000	11.731	32.536	9.996	33.199	34.924	35.686	9.786	18.926	42.632	11.480	8.881	68.674	43.449	19.263	43.483	32.307	9.966		542.177	
% RICOVERI IN ALTRE REGIONI	7,2	16,4	4,9	4,6	12,2	4,8	4,1	5,7	4,8	4,2	6,4	7,2	5,8	18,5	7,3	11,8	7,2	17,2	11,8	4,3	7,2			
SALDO RICOVERI	16.963	1.222	45.639	3.630	889	36.807	9.870	15.764	36.774	19.691	12.189	686	15.183	4.482	5.782	46.196	27.177	12.771	22.581	45.940	4.464			

Personale delle Strutture di Ricovero e Cura Pubbliche
Anno 1995

capitolo3 tabella n.25

REGIONI	RUOLI				TOTALE	DI CUI		ISTITUTI *	
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo		Medici e Odontoiatri	Personale Infermieristico	Rilevati	Esistenti
Piemonte	27.358	74	10.695	3.170	41.297	7.028	16.206	75	75
Valle d'Aosta	835	4	393	55	1.287	222	486	1	1
Lombardia	60.862	165	25.473	6.350	92.850	14.829	37.233	149	149
Prov.aut. Bolzano	2.936	15	1.448	201	4.600	600	1.988	10	10
Prov.aut. Trento	3.478	7	1.037	534	5.056	709	2.226	14	14
Veneto	35.074	87	10.775	1.866	47.802	7.595	23.342	98	99
Friuli V.Giulia	10.673	24	4.240	674	15.611	2.303	6.750	23	23
Liguria	15.270	62	5.202	1.292	21.826	3.591	9.453	38	38
Emilia Romagna	29.600	62	7.377	1.692	38.731	6.690	18.195	83	83
Toscana	27.679	61	8.489	1.544	37.773	6.630	17.125	42	42
Umbria	6.125	21	1.893	649	8.688	1.693	3.560	21	21
Marche	10.181	27	3.121	560	13.889	2.484	6.243	41	41
Lazio	36.808	83	13.606	3.569	54.066	10.462	21.637	91	92
Abruzzo	8.670	26	3.059	458	12.213	2.062	5.657	25	25
Molise	2.333	3	715	41	3.092	622	1.360	7	7
Campania	31.257	77	10.340	2.265	43.939	9.274	19.026	70	75
Puglia	24.661	89	10.861	1.842	37.453	5.908	16.147	84	84
Basilicata	3.245	7	1.312	214	4.778	753	2.074	13	13
Calabria	10.747	38	4.884	1.217	16.886	3.088	6.242	39	39
Sicilia	27.513	86	8.964	1.394	37.957	8.992	15.347	100	100
Sardegna	11.490	25	3.776	434	15.725	3.074	6.896	37	37
Italia	**386.795**	**1.043**	**137.660**	**30.021**	**555.519**	**98.609**	**237.193**	**1.061**	**1.068**

Non è compreso il Personale in Rapporto Libero Professionale o altro tipo di Rapporto.
* Per gli IRCCS sono state considerate anche le sedi distaccate.

PRIME 100 DIAGNOSI "PRINCIPALI" IN ORDINE DI FREQUENZA

ANNO 1995 - RICOVERI PER ACUTI - REGIME ORDINARIO

CODICE ICD9-CM	DESCRIZIONE	NUMERO DIAGNOSI	% SUL TOTALE INTERVENTI	% CUMULATA
650	PARTO COMPLETAMENTE NORMALE	222.338	2,98	2,98
366 . 10	CATARATTA SENILE SAI	117.279	1,57	4,55
550 . 90	ERNIA INGUINALE UNILATERALE	116.354	1,56	6,11
491 . 20	BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA	73.692	0,99	7,10
789 . 0	COLICA ADDOMINALE	68.581	0,92	8,02
454 . 9	VARICI GAMBA SAI	64.647	0,87	8,89
413 . 9	ANGINA PECTORIS NAS/SAI	63.253	0,85	9,74
410 . 91	INFARTO MIOCARDICO SAI, EPISODIO INIZIALE DI CURA	60.891	0,82	10,55
574 . 20	LITIASI BILIARE SAI	58.224	0,78	11,33
854 . 00	TRAUMATISMO INTRACRANICO NAS SENZA MENZIONE DI FERITA INTRACRANICA APERTA, STATO DI COSCIENZA NON SPECIFICATO	57.714	0,77	12,11
414 . 9	MALATTIA CARDIACA ISCHEMICA CRONICA SAI	53.958	0,72	12,83
427 . 31	FIBRILLAZIONE ATRIALE	53.446	0,72	13,55
401 . 9	IPERTENSIONE SAI	53.408	0,72	14,26
540 . 9	APPENDICITE ACUTA SAI	52.590	0,71	14,97
250 . 00	DIABETE ADULTO NON COMPLICATO, TIPO II	51.545	0,69	15,66
162 . 9	TUMORE MALIGNO BRONCHI E POLMONI SAI	48.706	0,65	16,31
600	IPERPLASIA PROSTATICA	44.770	0,60	16,91
435 . 9	ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA SAI	43.453	0,58	17,49
780 . 2	SINCOPE E COLLASSO	43.299	0,58	18,07
485	BRONCOPOLMONITE, ORGANISMO NON SPECIFICATO	42.552	0,57	18,65
174 . 9	TUMORE MALIGNO MAMMELLA SAI	41.121	0,55	19,20
635 . 90	ABORTO LEGALE NON COMPLICATO SAI	41.079	0,55	19,75
428 . 0	INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA	40.766	0,55	20,29
788 . 0	COLICA RENALE	38.500	0,52	20,81
188 . 9	TUMORE MALIGNO VESCICA SAI	37.698	0,51	21,32
218 . 9	LEIOMIOMA UTERINO SAI	37.518	0,50	21,82
626 . 6	METRORRAGIA	36.856	0,49	22,31
436	DISTURBO CEREBROVASCOLARE ACUTO MAL DEFINITO	36.396	0,49	22,80

PRIME 100 DIAGNOSI "PRINCIPALI" IN ORDINE DI FREQUENZA

ANNO 1995 - RICOVERI PER ACUTI - REGIME ORDINARIO

CODICE ICD9-CM	DESCRIZIONE	NUMERO DIAGNOSI	% SUL TOTALE INTERVENTI	% CUMULATA
414 . 0	ATEROSCLEROSI CORONARIA	35.492	0,48	23,28
571 . 5	CIRROSI EPATICA SAI	35.443	0,48	23,75
V58 . 1	CHEMIOTERAPIA MANTENIMENTO	34.726	0,47	24,22
366 . 9	CATARATTA SAI	33.793	0,45	24,67
722 . 10	DISLO DISCO LOMBARE SENZA MIELOPATIA	31.667	0,42	25,09
585	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	30.988	0,42	25,51
640 . 03	MINACCIA ABORTO ANTEPARTO	30.231	0,41	25,92
474 . 0	TONSILLITE CRONICA	30.048	0,40	26,32
786 . 50	DOLORE TORACICO SAI	29.714	0,40	26,72
571 . 40	EPATITE CRONICA SAI	29.513	0,40	27,11
592 . 0	CALCOLO RENE	29.252	0,39	27,50
429 . 9	MALATTIA CARDIACA SAI	28.819	0,39	27,89
428 . 1	INSUFFICIENZA CARDIACA DELLA PARTE SINISTRA DEL CUORE	28.158	0,38	28,27
474 . 10	IPERTROFIA TONSILLE E ADENOIDI	28.139	0,38	28,65
470	DEVIAZIONE SETTO NASALE	27.161	0,36	29,01
786 . 00	DISTURBI RESPIRATORI SAI	27.141	0,36	29,37
300 . 4	DEPRESSIONE NEUROTICA	26.229	0,35	29,73
669 . 71	PARTO CESAREO SAI-PARTO	25.877	0,35	30,07
493 . 90	ASMA NON SPECIFICATA, SENZA STATO ASMATICO	25.395	0,34	30,41
920	CONTUSIONE FACCIA/TESTA/COLLO ECCETTO OCCHI	25.346	0,34	30,75
V30 . 00	NATO SINGOLO IN OSPEDALE SENZA MENZIONE DI PARTO CESAREO	24.820	0,33	31,09
354 . 0	SINDROME TUNNEL CARPALE	24.537	0,33	31,41
632	ABORTO RITENUTO	24.348	0,33	31,74
850 . 9	COMMOZIONE SAI	23.477	0,31	32,06
466 . 0	BRONCHITE ACUTA	23.414	0,31	32,37
820 . 20	FRATTURA TROCANTER SAI-CHIUSA	23.270	0,31	32,68
009 . 1	COLITE, ENTERITE E GASTROENTERITE PROBABILMENTE DI ORIGINE INFETTIVA	23.218	0,31	32,99

PRIME 100 DIAGNOSI "PRINCIPALI" IN ORDINE DI FREQUENZA

ANNO 1995 - RICOVERI PER ACUTI - REGIME ORDINARIO

CODICE ICD9-CM	DESCRIZIONE	NUMERO DIAGNOSI	% SUL TOTALE INTERVENTI	% CUMULATA
437 . 0	ARTERIOSCLEROSI CEREBRALE	23.069	0,31	33,30
440 . 20	ARTERIOSCLEROSI DEGLI ARTI NON SPECIFICATA	23.058	0,31	33,61
724 . 2	LOMBAGGINE	22.995	0,31	33,92
715 . 10	OSTEOARTROSI LOCALIZZATA, PRIMARIA, SAI	22.664	0,30	34,22
562 . 10	DIVERTICOLOSI COLON	22.209	0,30	34,52
185	TUMORE MALIGNO PROSTATA	21.861	0,29	34,81
574 . 00	CALCOLI DELLA CISTIFELLEA CON COLECISTITE ACUTA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE	21.481	0,29	35,10
813 . 40	FRATTURA EP DIS AVAMBRACCIO SAI-CHIUSA	21.164	0,28	35,39
644 . 13	MINACCIA PARTO NAS-ANTEPARTO	21.018	0,28	35,67
592 . 1	CALCOLO URETERE	20.442	0,27	35,94
535 . 50	GASTRITE/DUODENITE SAI	20.068	0,27	36,21
456 . 4	VARICI SCROTALI	19.785	0,27	36,48
474 . 2	ADENOIDI ADENOIDEE	19.666	0,26	36,74
820 . 00	FRATTURA INTRACAPSULARE DELLA TESTA DEL FEMORE SAI-CHIUSA	19.320	0,26	37,00
486	POLMONITE, ORGANISMO SAI	19.299	0,26	37,26
905 . 4	POSTUMI FRATTURA ARTI INFERIORI	19.138	0,26	37,51
605	IPERTROFIA PREPUZIO E FIMOSI	18.484	0,25	37,76
634 . 90	ABORTO SPONTANEO NON COMPLICATO-SAI	18.136	0,24	38,01
823 . 80	FRATTURA DELLA TIBIA SAI-CHIUSA	17.883	0,24	38,25
724 . 3	SCIATICA	17.620	0,24	38,48
V54 . 8	TRATTAMENTO ORTOPEDICO ULTERIORE NAS	17.603	0,24	38,72
560 . 9	OSTRUZIONE INTESTINALE SAI	16.978	0,23	38,95
455 . 6	EMORROIDI SAI	16.942	0,23	39,17
411 . 89	MALATTIA CARDIACA ISCHEMICA ACUTA NAS	16.596	0,22	39,39
151 . 9	TUMORE MALIGNO STOMACO SAI	16.428	0,22	39,62
599 . 0	INFEZIONE VIE URINARIE SAI	16.141	0,22	39,83
402 . 90	MALATTIA CARDIACA IPERTENSIVA SAI	16.061	0,22	40,05
303 . 90	ALTRA E NON SPECIFICATA DIPENDENZA DA ALCOOL NAS	15.731	0,21	40,26

PRIME 100 DIAGNOSI "PRINCIPALI" IN ORDINE DI FREQUENZA

ANNO 1995 - RICOVERI PER ACUTI - REGIME ORDINARIO

CODICE ICD9-CM	DESCRIZIONE	NUMERO DIAGNOSI	% SUL TOTALE INTERVENTI	% CUMULATA
300 . 00	STATO DI ANSIA SAI	15.543	0,21	40,47
202 . 80	LINFOMA NAS SEDE SAI	15.221	0,20	40,67
434 . 0	TROMBOSI CEREBRALE	15.059	0,20	40,87
780 . 3	CONVULSIONI	14.624	0,20	41,07
280 . 9	ANEMIA CARENZA FERRO SAI	14.206	0,19	41,26
536 . 8	DIS FUNZIONALE GASTR NAS	13.956	0,19	41,45
715 . 90	OSTEOARTROSI SAI-SAI	13.942	0,19	41,63
386 . 9	SIND VERTIGINOSO SAI	13.919	0,19	41,82
183 . 0	TUMOR MALIGNO OVAIO	13.918	0,19	42,01
780 . 6	PIRESSIA ORIGIN SCONOSC	13.812	0,19	42,19
780 . 4	STORDIMENTO E CAPOGIRO	13.699	0,18	42,37
437 . 1	INSUF CEREBROVASC AC SAI	13.637	0,18	42,56
654 . 21	CHIRURG PRECEDENTE-PARTO	13.482	0,18	42,74
345 . 90	EPILESSIA SAI	13.429	0,18	42,92
821 . 00	FR FEMORE SAI-CHIUSA	13.296	0,18	43,10
427 . 5	ARRESTO CARDIACO	13.110	0,18	43,27
807 . 00	FRATTURA DI COSTOLE, NON SPECIFICATA, CHIUSA	12.985	0,17	43,45
	TOTALE (PRIME 100 DIAGNOSI)	**3.240.528**	**43,45**	
	TOTALE GENERALE	**7.458.681**	**100,00**	

PRIME 30 DIAGNOSI "PRINCIPALI" IN ORDINE DI FREQUENZA

ANNO 1995 - RICOVERI PER ACUTI - DAY HOSPITAL

CODICE ICD9-CM	DESCRIZIONE	NUMERO DIAGNOSI	% SUL TOTALE INTERVENTI	% CUMULATA
635 . 90	ABORTO LEGALE NON COMPLICATO SAI	35.212	3,17	3,17
250 . 00	DIABETE ADULTO NON COMPLICATO, TIPO II	25.527	2,30	5,47
V58 . 1	CHEMIOTERAPIA DI MANTENIMENTO	23.997	2,16	7,63
571 . 40	EPATITE CRONICA SAI	22.783	2,05	9,68
174 . 9	TUMORE MALIGNO MAMMELLA SAI	20.314	1,83	11,51
401 . 9	IPERTENSIONE SAI	15.530	1,40	12,91
162 . 9	TUMORE MALIGNO BRONCHI E POLMONI SAI	12.462	1,12	14,03
282 . 4	TALASSEMIA	9.040	0,81	14,85
585	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	8.562	0,77	15,62
202 . 80	LINFOMA NAS SEDE SAI	8.193	0,74	16,35
366 . 10	CATARATTA SENILE SAI	7.954	0,72	17,07
550 . 90	ERNIA INGUINALE UNILATERALE	7.679	0,69	17,76
153 . 9	TUMORE MALIGNO DEL COLON SAI	7.628	0,69	18,45
280 . 9	ANEMIA CARENZA FERRO SAI	7.613	0,69	19,13
366 . 9	CATARATTA SAI	7.189	0,65	19,78
042 . 9	AIDS SAI	7.167	0,65	20,43
571 . 5	CIRROSI EPATICA SAI	6.927	0,62	21,05
493 . 90	ASMA SENZA STATO ASMATATICO	6.790	0,61	21,66
278 . 0	OBESITA'	6.617	0,60	22,26
454 . 9	VARICI GAMBA SAI	6.129	0,55	22,81
V22 . 1	CONTROLLO DI ALTRA GRAVIDANZA NORMALE	5.811	0,52	23,33
491 . 20	BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA	5.499	0,50	23,83
592 . 0	CALCOLO RENE	5.385	0,48	24,31
V71 . 9	OSSERVAZIONE PER CONDIZIONI SOSPETTE NON SPECIFIC	5.374	0,48	24,80
188 . 9	TUMORE MALIGNO DELLA VESCICA SAI	5.249	0,47	25,27
789 . 0	COLICA ADDOMINALE	5.237	0,47	25,74
354 . 0	SINDROME TUNNEL CARPALE	4.941	0,44	26,19
185	TUMORE MALIGNO PROSTATA	4.920	0,44	26,63
151 . 9	TUMORE MALIGNO STOMACO SAI	4.870	0,44	27,07
626 . 6	METRORRAGIA	4.768	0,43	27,50
	TOTALE (PRIME 30 DIAGNOSI)	**305.367**	**27,50**	
	TOTALE GENERALE	**1.110.544**	**100,00**	

Tab.4-1 - Spese correnti complessive per il SSN 1992 e 1995 - Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire x 1000)

Regioni	1992			1995			Variaz. 92-95	
	Val. ass.	*Val. p.c.*	*N. indice*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*
PIEMONTE	6.861.039	1.590	95	6.862.741	1.617	99	0,0%	1,7%
VALLE D'AOSTA	206.314	1.770	106	208.020	1.778	109	0,8%	0,4%
LOMBARDIA	14.466.020	1.649	99	14.848.143	1.683	103	2,6%	2,1%
PROV. AUT. BOLZANO	766.036	1.738	104	863.363	1.953	119	12,7%	12,4%
PROV. AUT. TRENTO	805.565	1.782	107	810.280	1.789	109	0,6%	0,4%
VENETO	7.487.335	1.721	103	7.426.456	1.702	104	-0,8%	-1,1%
FRIULI V. GIULIA	2.137.944	1.805	108	2.047.667	1.738	106	-4,2%	-3,7%
LIGURIA	3.241.251	1.963	118	3.147.757	1.912	117	-2,9%	-2,6%
EMILIA ROMAGNA	7.991.553	2.048	123	7.487.057	1.927	118	-6,3%	-5,9%
TOSCANA	6.327.821	1.794	108	6.079.685	1.743	107	-3,9%	-2,9%
UMBRIA	1.445.391	1.772	106	1.425.681	1.749	107	-1,4%	-1,3%
MARCHE	2.670.494	1.844	111	2.509.579	1.756	107	-6,0%	-4,7%
LAZIO	9.089.935	1.760	106	8.696.701	1.697	104	-4,3%	-3,6%
ABRUZZO	1.966.108	1.563	94	1.910.267	1.520	93	-2,8%	-2,8%
MOLISE	517.919	1.614	97	499.527	1.518	93	-3,6%	-5,9%
CAMPANIA	8.850.477	1.498	90	8.233.523	1.443	88	-7,0%	-3,7%
PUGLIA	6.316.839	1.617	97	5.847.256	1.449	89	-7,4%	-10,3%
BASILICATA	866.013	1.414	85	907.332	1.502	92	4,8%	6,3%
CALABRIA	2.918.279	1.406	84	2.932.585	1.436	88	0,5%	2,2%
SICILIA	7.804.490	1.451	87	7.233.081	1.440	88	-7,3%	-0,7%
SARDEGNA	2.765.918	1.644	99	2.691.731	1.639	100	-2,7%	-0,3%
ITALIA	**95.502.739**	**1.667**	**100**	**92.668.432**	**1.636**	**100**	**-3,0%**	**-1,9%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab. 4-2 - Spese correnti complessive per il SSN 1995: composizione percentuale per aggregati di spesa, rispetto alle spese correnti totali

Regioni	Sp. per personale	Sp. per beni e servizi	Sp. per medicina gen. convenzionata	Sp. per farmaceutica convenzionata	Sp. per ass, ospedaliera convenzionata	Sp. per ass special. convenzionata totale (interna e esterna)	Sp. per altre prestazioni	Sp per obiettivi di piano	Sp per mutui e int passivi	Spese correnti	totali Val ass. (milioni di lire)
PIEMONTE	43,3%	21,8%	5,4%	10,2%	9,3%	1,9%	7,0%	1,1%	0,0%	100%	6.862.741
VALLE D'AOSTA	48,5%	24,8%	6,4%	10,1%	1,0%	1,9%	5,5%	1,6%	0,2%	100%	208.020
LOMBARDIA	38,4%	20,4%	5,3%	10,3%	15,1%	1,8%	8,3%	0,3%	0,1%	100%	14.848.143
PROV. AUT. BOLZANO	47,5%	26,0%	4,3%	5,5%	8,3%	0,9%	6,0%	1,3%	0,2%	100%	863.363
PROV. AUT. TRENTO	48,2%	19,9%	6,0%	7,2%	8,0%	1,3%	8,8%	0,5%	0,0%	100%	810.280
VENETO	45,0%	23,8%	5,7%	8,6%	6,0%	2,0%	8,3%	0,4%	0,2%	100%	7.426.456
FRIULI V. GIULIA	46,0%	23,0%	5,2%	8,5%	9,8%	1,0%	5,1%	1,1%	0,4%	100%	2.047.667
LIGURIA	41,3%	21,7%	4,8%	11,3%	12,3%	1,9%	6,0%	0,7%	0,0%	100%	3.147.757
EMILIA ROMAGNA	43,8%	26,5%	5,1%	9,0%	6,1%	1,5%	6,9%	0,8%	0,1%	100%	7.487.057
TOSCANA	47,2%	23,6%	5,6%	10,8%	3,4%	1,6%	6,8%	0,6%	0,4%	100%	6.079.685
UMBRIA	50,7%	23,7%	5,6%	11,4%	2,0%	1,3%	5,0%	0,2%	0,0%	100%	1.425.681
MARCHE	47,6%	26,0%	5,9%	9,4%	3,0%	1,7%	4,5%	1,0%	0,9%	100%	2.509.579
LAZIO	35,3%	14,2%	5,5%	11,1%	24,6%	4,3%	4,8%	0,2%	0,1%	100%	8.696.701
ABRUZZO	46,3%	18,5%	6,7%	9,8%	8,9%	3,3%	5,6%	0,5%	0,4%	100%	1 910.267
MOLISE	48,3%	19,5%	7,0%	10,5%	4,7%	2,0%	6,4%	1,6%	0,1%	100%	499.527
CAMPANIA	41,9%	13,7%	7,0%	14,6%	12,2%	3,8%	6,4%	0,3%	0,0%	100%	8.233.523
PUGLIA	40,0%	14,1%	6,6%	12,7%	18,8%	2,3%	5,0%	0,5%	0,0%	100%	5.847.256
BASILICATA	44,3%	22,3%	6,8%	12,7%	1,2%	1,1%	10,9%	0,5%	0,2%	100%	907.332
CALABRIA	47,4%	14,6%	8,4%	13,7%	7,7%	3,1%	4,0%	1,1%	0,1%	100%	2.932.585
SICILIA	44,4%	14,9%	7,5%	12,5%	8,9%	4,4%	6,6%	0,6%	0,1%	100%	7.233.081
SARDEGNA	46,6%	19,5%	6,8%	9,6%	4,9%	2,3%	5,9%	2,2%	2,2%	100%	2.691.731
ITALIA	42,6%	19,6%	6,0%	10,9%	11,1%	2,5%	6,6%	0,6%	0,2%	100%	92.668.432

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, Rendiconti trimestrali delle USL

Tab.4-3 - Livello "assistenza ospedaliera" - Totale spese correnti complessive ricostruite 1992 e 1994
Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire)

Regioni	Spese ricostruite 1992			Spese ricostruite 1994		
	Val. ass.	*Val. p.c.*	*N. indice*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*
PIEMONTE	3.967.027	919.533	102	3.984.323	968.490	99
VALLE D'AOSTA	111.344	955.504	106	114.513	970.742	104
LOMBARDIA	8.272.978	942.924	105	8.640.596	1.285.843	104
PROV. AUT. BOLZAI	508.298	1.153.419	128	574.284	1.219.840	138
PROV. AUT. TRENT	684.034	1.513.494	168	557.439	1.073.938	131
VENETO	4.863.857	1.117.750	124	4.741.769	1.253.377	115
FRIULI V. GIULIA	1.249.371	1.054.653	117	1.495.550	1.229.698	134
LIGURIA	1.915.079	1.160.035	129	2.044.567	1.114.249	132
EMILIA ROMAGNA	4.525.465	1.159.904	129	4.372.702	995.069	119
TOSCANA	3.477.431	985.769	110	3.510.827	949.727	107
UMBRIA	792.234	971.289	108	777.990	1.002.548	102
MARCHE	1.458.385	1.006.846	112	1.441.888	956.986	108
LAZIO	4.671.974	904.651	101	4.962.273	935.731	103
ABRUZZO	1.095.000	870.450	97	1.181.780	845.053	100
MOLISE	266.713	831.198	92	280.549	672.793	91
CAMPANIA	3.618.286	612.390	68	3.840.744	904.539	72
PUGLIA	3.510.064	898.333	100	3.677.498	700.206	97
BASILICATA	408.702	667.181	74	427.934	756.534	75
CALABRIA	1.516.251	730.352	81	1.573.278	731.283	81
SICILIA	3.287.837	611.294	68	3.674.900	848.455	78
SARDEGNA	1.289.409	766.395	85	1.406.208	932.500	91
ITALIA	**51.489.739**	**898.819**	**100**	**53.281.616**	**932.500**	**100**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL* e *Attività gestionali ed economiche delle USL*

Tab. 4-4 - Livello "assistenza ospedaliera" - Principali componenti della spesa corrente complessiva 1992 - Valori percentuali

Regioni	Spesa per gli ospedali a gestione diretta	Spesa ass. ospedaliera convenzionata	Spesa per rimborso ricoveri in Italia	Spesa per rimborso ricoveri all'estero
PIEMONTE	83,7%	15,5%	0,8%	0,1%
VALLE D'AOSTA	96,0%	2,3%	1,4%	0,2%
LOMBARDIA	76,7%	23,0%	0,2%	0,1%
PROV. AUT. BOLZANO	85,7%	10,1%	3,9%	0,2%
PROV. AUT. TRENTO	64,7%	34,7%	0,4%	0,2%
VENETO	92,3%	7,5%	0,1%	0,1%
FRIULI V. GIULIA	94,6%	5,3%	0,1%	0,0%
LIGURIA	81,3%	18,5%	0,1%	0,1%
EMILIA ROMAGNA	87,5%	10,7%	1,7%	0,1%
TOSCANA	92,3%	7,5%	0,1%	0,1%
UMBRIA	97,2%	2,6%	0,1%	0,1%
MARCHE	94,4%	5,2%	0,4%	0,1%
LAZIO	51,2%	48,6%	0,1%	0,1%
ABRUZZO	86,3%	13,6%	0,1%	0,1%
MOLISE	94,8%	4,8%	0,4%	0,0%
CAMPANIA	71,8%	26,6%	1,2%	0,4%
PUGLIA	68,8%	30,0%	1,1%	0,1%
BASILICATA	97,4%	1,7%	0,8%	0,1%
CALABRIA	83,8%	15,1%	1,0%	0,1%
SICILIA	78,5%	19,6%	1,5%	0,3%
SARDEGNA	87,6%	11,9%	0,3%	0,2%
ITALIA	**80,0%**	**19,3%**	**0,6%**	**0,1%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale dell programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL* e *Attività gestional economiche delle USL*

Tab. 4-5 - Livello "assistenza ospedaliera" - Principali componenti della spesa corrente complessiva 1994 - Valori percentuali

Regioni	Spesa per gli ospedali a gestione diretta	Spesa ass. ospedaliera convenzionata	Spesa per rimborso ricoveri in Italia	Spesa per rimborso ricoveri all'estero
PIEMONTE	84,0%	15,2%	0,8%	0,1%
VALLE D'AOSTA	96,4%	2,0%	1,4%	0,2%
LOMBARDIA	74,9%	24,8%	0,2%	0,1%
PROV. AUT. BOLZANO	84,1%	12,2%	3,5%	0,2%
PROV. AUT. TRENTO	89,1%	10,7%	0,1%	0,0%
VENETO	91,4%	8,4%	0,1%	0,1%
FRIULI V. GIULIA	83,3%	16,5%	0,2%	0,1%
LIGURIA	80,9%	18,9%	0,1%	0,0%
EMILIA ROMAGNA	88,0%	10,1%	1,8%	0,1%
TOSCANA	94,3%	5,5%	0,1%	0,1%
UMBRIA	97,1%	2,7%	0,1%	0,1%
MARCHE	94,9%	4,7%	0,4%	0,1%
LAZIO	52,3%	47,5%	0,1%	0,1%
ABRUZZO	85,6%	14,2%	0,1%	0,1%
MOLISE	91,8%	7,8%	0,3%	0,0%
CAMPANIA	70,5%	27,9%	1,1%	0,4%
PUGLIA	66,5%	32,4%	1,1%	0,1%
BASILICATA	97,5%	1,6%	0,7%	0,1%
CALABRIA	85,5%	13,4%	1,0%	0,1%
SICILIA	80,0%	18,4%	1,3%	0,3%
SARDEGNA	88,8%	10,7%	0,3%	0,2%
ITALIA	**79,6%**	**19,7%**	**0,6%**	**0,1%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale d programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL* e *Attività gestio economiche delle USL*

Tab.4-6 - Assistenza sanitaria di base - Spese correnti 1992 - Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire)

Regioni	Assist. medico generica				Assist. farmaceutica				Totale assist. sanitaria di base			
:	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale ass. san. di base*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale ass. san. di*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*
PIEMONTE	367.483	85.463	89	27,6%	962.291	223.793	89	72,4%	1.329.774	309.256	89	19,4%
VALLE D'AOSTA	12.012	103.589	108	34,7%	22.613	195.010	78	65,3%	34.625	298.599	86	16,8%
LOMBARDIA	762.439	86.118	90	28,3%	1.928.576	217.833	87	71,7%	2.691.015	303.951	88	18,6%
PROV. AUT. BOLZA	36.607	83.060	87	39,4%	56.335	127.823	51	60,6%	92.942	210.883	61	12,1%
PROV. AUT. TRENT	44.534	98.959	103	33,4%	88.765	197.244	79	66,6%	133.299	296.203	86	16,5%
VENETO	402.421	91.878	96	31,1%	892.781	203.834	81	68,9%	1.295.202	295.713	85	17,3%
FRIULI V. GIULIA	103.300	86.336	90	28,6%	258.478	216.029	86	71,4%	361.778	302.365	87	16,9%
LIGURIA	149.430	89.337	93	21,9%	532.788	318.527	127	78,1%	682.218	407.863	118	21,0%
EMILIA ROMAGNA	379.425	97.122	101	27,1%	1.019.514	260.965	104	72,9%	1.398.939	358.087	103	17,5%
TOSCANA	350.173	99.291	104	25,5%	1.025.371	290.741	116	74,5%	1.375.544	390.031	113	21,7%
UMBRIA	78.583	96.820	101	25,3%	231.770	285.558	114	74,7%	310.353	382.379	110	21,5%
MARCHE	140.160	98.111	102	25,4%	412.445	288.707	115	74,6%	552.605	386.818	112	20,7%
LAZIO	457.850	89.046	93	27,0%	1.235.783	240.344	96	73,0%	1.693.633	329.390	95	18,6%
ABRUZZO	123.749	99.066	103	26,1%	349.518	279.803	112	73,9%	473.267	378.869	109	24,1%
MOLISE	33.547	101.410	106	29,4%	80.716	243.998	97	70,6%	114.263	345.408	100	22,1%
CAMPANIA	587.020	104.296	109	29,1%	1.427.741	253.668	101	70,9%	2.014.761	357.964	103	22,8%
PUGLIA	386.741	95.924	100	26,9%	1.050.237	260.491	104	73,1%	1.436.978	356.415	103	22,7%
BASILICATA	60.262	98.787	103	26,5%	166.761	273.371	109	73,5%	227.023	372.158	108	26,2%
CALABRIA	231.703	111.954	117	32,4%	484.012	233.864	93	67,6%	715.715	345.819	100	24,5%
SICILIA	542.999	109.341	114	25,4%	1.596.196	321.417	128	74,6%	2.139.195	430.758	124	27,4%
SARDEGNA	182.508	110.828	116	32,1%	386.047	234.427	94	67,9%	568.555	345.254	100	20,6%
ITALIA	**5.432.946**	**95.723**	**100**	**27,7%**	**14.208.738**	**250.342**	**100**	**72,3%**	**19.641.684**	**346.065**	**100**	**20,6%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab. 4-7 - Assistenza sanitaria di base - Spese correnti 1994 - Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire)

Regioni	Assist. medico generica				Assist. farmaceutica				Totale assist. sanitaria di base			
	Val. ass.	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale ass. san. di base*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. Indice*	*% del totale ass. san. di*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*
PIEMONTE	376.461	87.416	90	32,9%	768.282	178.398	92	67,1%	1.144.743	265.813	92	16,8%
VALLE D'AOSTA	10.255	86.731	89	41,8%	14.250	120.519	62	58,2%	24.505	207.250	71	12,5%
LOMBARDIA	800.848	89.973	93	33,2%	1.608.874	180.752	94	66,8%	2.409.722	270.724	93	16,4%
PROV. AUT. BOLZAI	36.440	81.590	84	41,2%	52.107	116.669	60	58,8%	88.547	198.260	68	10,6%
PROV. AUT. TRENT	45.698	100.001	103	42,0%	63.231	138.368	72	58,0%	108.929	238.369	82	13,3%
VENETO	416.384	94.305	97	38,6%	663.186	150.201	78	61,4%	1.079.570	244.506	84	14,5%
FRIULI V. GIULIA	105.903	88.754	91	35,7%	190.347	159.524	83	64,3%	296.250	248.278	86	13,8%
LIGURIA	151.369	91.040	94	28,8%	375.111	225.609	117	71,2%	526.480	316.650	109	16,5%
EMILIA ROMAGNA	375.763	95.752	99	34,1%	726.317	185.080	96	65,9%	1.102.080	280.831	97	15,0%
TOSCANA	348.450	98.761	102	33,3%	698.129	197.870	103	66,7%	1.046.579	296.630	102	17,4%
UMBRIA	81.582	99.591	103	32,6%	168.451	205.636	107	67,4%	250.033	305.226	105	17,9%
MARCHE	143.902	100.055	103	33,8%	282.362	196.327	102	66,2%	426.264	296.382	102	16,9%
LAZIO	474.178	91.446	94	33,3%	951.413	183.482	95	66,7%	1.425.591	274.928	95	15,7%
ABRUZZO	125.712	99.539	103	34,7%	236.268	187.077	97	65,3%	361.980	286.615	99	18,8%
MOLISE	36.935	111.253	115	37,7%	61.159	184.219	95	62,3%	98.094	295.473	102	18,8%
CAMPANIA	587.576	102.927	106	33,3%	1.174.839	205.800	107	66,7%	1.762.415	308.727	106	20,4%
PUGLIA	393.066	96.681	100	31,3%	861.781	211.969	110	68,7%	1.254.847	308.650	106	20,0%
BASILICATA	60.154	98.427	101	34,5%	114.015	186.557	97	65,5%	174.169	284.983	98	21,0%
CALABRIA	248.306	119.402	123	40,2%	370.026	177.932	92	59,8%	618.332	297.334	102	21,3%
SICILIA	550.617	109.569	113	29,2%	1.335.962	265.848	138	70,8%	1.886.579	375.418	129	23,5%
SARDEGNA	178.964	107.980	111	36,5%	311.642	188.033	97	63,5%	490.606	296.014	102	17,2%
ITALIA	**5.548.563**	**97.107**	**100**	**33,5%**	**11.027.752**	**193.000**	**100**	**66,5%**	**16.576.315**	**290.108**	**100**	**17,5%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab. 4-8 - Attività di supporto all'organizzazione assistenziale - Spese correnti 1992 - Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire)

Regioni	Personale amm.vo				Beni e servizi amm.vi				Totale attività di supporto			
	Val. ass.	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale attività di supp.*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale attività di supp.*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*
PIEMONTE	353.597	81.962	109	64,7%	192.507	44.622	132	35,3%	546.104	126.584	116	8,0%
VALLE D'AOSTA	12.827	110.075	147	79,4%	3.332	28.598	85	20,6%	16.159	138.672	127	7,8%
LOMBARDIA	588.922	67.123	89	69,3%	260.327	29.671	88	30,7%	849.249	96.794	89	5,9%
PROV. AUT. BOLZA	48.752	110.628	147	70,6%	20.291	46.044	136	29,4%	69.043	156.671	144	9,0%
PROV. AUT. TRENT	34.637	76.638	102	74,7%	11.746	25.989	77	25,3%	46.383	102.627	94	5,8%
VENETO	304.031	69.869	93	71,1%	123.651	28.416	84	28,9%	427.682	98.284	90	5,7%
FRIULI V. GIULIA	95.403	80.534	107	62,2%	57.919	48.893	145	37,8%	153.322	129.426	119	7,2%
LIGURIA	152.489	92.368	123	75,5%	49.573	30.028	89	24,5%	202.062	122.397	112	6,2%
EMILIA ROMAGNA	290.409	74.434	99	56,7%	222.186	56.948	168	43,3%	512.596	131.381	121	6,4%
TOSCANA	238.612	67.641	90	71,9%	93.404	26.478	78	28,1%	332.016	94.119	86	5,2%
UMBRIA	62.021	76.039	101	67,6%	29.674	36.381	108	32,4%	91.695	112.419	103	6,3%
MARCHE	136.066	93.938	125	73,4%	49.409	34.111	101	26,6%	185.475	128.049	118	6,9%
LAZIO	370.102	71.664	96	69,4%	163.046	31.571	93	30,6%	533.148	103.235	95	5,9%
ABRUZZO	99.614	79.186	106	79,9%	25.048	19.911	59	20,1%	124.662	99.098	91	6,3%
MOLISE	22.878	71.299	95	74,5%	7.819	24.369	72	25,5%	30.698	95.667	88	5,9%
CAMPANIA	418.379	70.810	94	67,8%	198.353	33.571	99	32,2%	616.732	104.381	96	7,0%
PUGLIA	314.575	80.510	107	65,8%	163.500	41.845	124	34,2%	478.075	122.354	112	7,6%
BASILICATA	40.194	65.613	87	66,9%	19.878	32.450	96	33,1%	60.072	98.064	90	6,9%
CALABRIA	217.986	105.000	140	83,8%	42.045	20.252	60	16,2%	260.032	125.253	115	8,9%
SICILIA	360.960	67.112	89	71,7%	142.303	26.458	78	28,3%	503.263	93.570	86	6,4%
SARDEGNA	136.291	81.008	108	69,2%	60.693	36.074	107	30,8%	196.983	117.082	108	7,1%
ITALIA	**4.298.746**	**75.040**	**100**	**68,9%**	**1.936.704**	**33.808**	**100**	**31,1%**	**6.235.451**	**108.848**	**100**	**6,5%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab.4-9 - Attività di supporto all'organizzazione assistenziale - Spese correnti 1994 - Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire)

Regioni	Personale amm.vo				Beni e servizi amm.vi				Totale attività di supporto			
	Val. ass.	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale attività di supp.*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale attività di supp.*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*
PIEMONTE	333.035	102.832	94	75,2%	109.818	77.332	107	24,8%	442.853	102.832	94	6,5%
VALLE D'AOSTA	12.645	133.748	123	80,0%	3.169	106.946	147	20,0%	15.814	133.748	123	8,1%
LOMBARDIA	568.108	93.893	86	68,0%	267.633	63.825	88	32,0%	835.741	93.893	86	5,7%
PROV. AUT. BOLZA	48.591	172.180	158	63,2%	28.308	108.797	150	36,8%	76.899	172.180	158	9,2%
PROV. AUT. TRENT	36.144	108.079	99	73,2%	13.246	79.093	109	26,8%	49.390	108.079	99	6,0%
VENETO	268.176	90.762	83	66,9%	132.565	60.738	84	33,1%	400.741	90.762	83	5,4%
FRIULI V. GIULIA	91.358	131.969	121	58,0%	66.109	76.564	106	42,0%	157.467	131.969	121	7,3%
LIGURIA	136.465	116.023	106	70,7%	56.442	82.076	113	29,3%	192.906	116.023	106	6,0%
EMILIA ROMAGNA	273.616	122.685	112	56,8%	207.844	69.723	96	43,2%	481.460	122.685	112	6,5%
TOSCANA	245.378	106.952	98	65,0%	131.973	69.547	96	35,0%	377.351	106.952	98	6,3%
UMBRIA	59.933	107.842	99	67,8%	28.408	73.163	101	32,2%	88.341	107.842	99	6,3%
MARCHE	117.220	126.109	116	64,6%	64.153	81.503	112	35,4%	181.374	126.109	116	7,2%
LAZIO	362.774	103.215	95	67,8%	172.428	69.962	96	32,2%	535.202	103.215	95	5,9%
ABRUZZO	95.059	101.101	93	74,4%	32.626	75.268	104	25,6%	127.685	101.101	93	6,6%
MOLISE	21.625	96.287	88	67,6%	10.342	65.136	90	32,4%	31.966	96.287	88	6,1%
CAMPANIA	401.200	107.668	99	65,3%	213.442	70.279	97	34,7%	614.642	107.668	99	7,1%
PUGLIA	298.793	125.583	115	58,5%	211.777	73.493	101	41,5%	510.570	125.583	115	8,1%
BASILICATA	38.341	96.396	88	65,1%	20.572	62.736	87	34,9%	58.913	96.396	88	7,1%
CALABRIA	211.519	126.680	116	80,3%	51.924	101.712	140	19,7%	263.443	126.680	116	9,1%
SICILIA	386.079	111.316	102	69,0%	173.316	76.827	106	31,0%	559.395	111.316	102	7,0%
SARDEGNA	137.502	139.648	128	59,4%	93.948	82.964	114	40,6%	231.449	139.648	128	8,1%
ITALIA	**4.143.561**	**109.096**	**100**	**66,5%**	**2.090.041**	**72.518**	**100**	**33,5%**	**6.233.602**	**109.096**	**100**	**6,6%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab. 4-10 - Attività di supporto all'organizzazione assistenziale - Composizione % delle spese 1994 per beni e servizi amministrativi

Regioni	Organi collegiali		Sistemi informatici		Interessi moratori		Servizi generali		Altre spese	
	% spese amm.ve totali	% spese beni e servizi	% spese amm.ve totali	% spese beni e servizi	% spese amm.ve totali	% spese beni e servizi	% spese amm.ve totali	% spese beni e servizi	% spese amm.ve totali	% spese beni e servizi
PIEMONTE	2,6%	10,3%	9,5%	38,2%	0,2%	0,8%	6,7%	27,1%	5,2%	21,2%
VALLE D'AOSTA	2,1%	10,5%	1,0%	4,9%	0,9%	4,7%	11,1%	55,6%	4,2%	20,8%
LOMBARDIA	3,4%	10,7%	11,1%	34,7%	0,7%	2,0%	9,3%	29,1%	6,5%	20,4%
PROV. AUT. BOLZA	3,0%	8,1%	3,2%	8,7%	0,0%	0,0%	23,2%	63,0%	6,0%	16,3%
PROV. AUT. TRENT	5,0%	18,8%	11,0%	41,1%	0,2%	0,7%	1,9%	7,1%	7,4%	27,4%
VENETO	1,9%	5,7%	8,7%	26,2%	2,4%	7,2%	11,8%	35,7%	6,3%	18,9%
FRIULI V. GIULIA	2,9%	6,8%	24,2%	57,6%	0,5%	1,3%	8,7%	20,7%	4,9%	11,6%
LIGURIA	2,0%	6,8%	4,6%	15,6%	0,9%	2,9%	15,4%	52,6%	5,0%	17,2%
EMILIA ROMAGNA	1,8%	4,2%	9,2%	21,3%	0,2%	0,4%	24,4%	56,4%	6,8%	15,8%
TOSCANA	3,3%	9,5%	3,2%	9,3%	10,9%	31,1%	6,4%	18,3%	9,2%	26,3%
UMBRIA	5,2%	16,3%	9,0%	28,1%	2,3%	7,2%	10,4%	32,4%	4,3%	13,2%
MARCHE	2,9%	8,3%	4,3%	12,2%	7,9%	22,4%	13,6%	38,4%	4,4%	12,4%
LAZIO	2,4%	7,3%	7,1%	22,1%	4,4%	13,7%	11,5%	35,8%	3,8%	11,8%
ABRUZZO	5,3%	20,9%	2,5%	9,7%	3,4%	13,3%	9,3%	36,3%	3,6%	14,1%
MOLISE	4,1%	12,7%	8,8%	27,3%	9,1%	28,3%	5,4%	16,8%	3,0%	9,3%
CAMPANIA	2,4%	6,8%	3,3%	9,5%	9,3%	26,7%	11,8%	33,8%	3,2%	9,3%
PUGLIA	2,6%	6,3%	7,3%	17,7%	13,6%	32,9%	14,0%	33,8%	2,1%	5,1%
BASILICATA	4,7%	13,6%	0,5%	1,5%	1,1%	3,0%	11,0%	31,5%	9,3%	26,8%
CALABRIA	2,2%	11,2%	1,3%	6,7%	4,4%	22,5%	6,0%	30,3%	3,0%	15,0%
SICILIA	5,6%	18,0%	3,2%	10,2%	3,6%	11,6%	9,4%	30,4%	3,2%	10,2%
SARDEGNA	4,3%	10,6%	1,6%	3,9%	13,2%	32,5%	12,4%	30,6%	3,2%	7,9%
ITALIA	**3,1%**	**9,1%**	**6,8%**	**20,3%**	**4,8%**	**14,2%**	**11,5%**	**34,3%**	**4,9%**	**14,5%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab. 4-11 - Assistenza specialistica convenzionata - Spese correnti 1992 - Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire)

Regioni	Assist. spec. interna		Assist. spec. esterna		Totale assist. spec.			
	Val. ass.	*% del totale ass. spec.*	*Val. ass.*	*% del totale ass. spec.*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*
PIEMONTE	71.697	49,5%	73.155	50,5%	144.852	33.576	60	4,7%
VALLE D'AOSTA	2.252	61,1%	1.434	38,9%	3.686	31.632	57	5,4%
LOMBARDIA	125.085	33,3%	250.202	66,7%	375.287	42.774	77	6,9%
PROV. AUT. BOLZA	2.825	33,3%	5.671	66,7%	8.496	19.278	35	3,5%
PROV. AUT. TRENT	6.576	52,7%	5.897	47,3%	12.473	27.598	50	7,5%
VENETO	66.866	38,9%	105.095	61,1%	171.961	39.518	71	6,7%
FRIULI V. GIULIA	13.776	58,4%	9.800	41,6%	23.576	19.902	36	3,8%
LIGURIA	47.054	51,3%	44.582	48,7%	91.636	55.507	100	4,8%
EMILIA ROMAGNA	81.576	54,6%	67.734	45,4%	149.309	38.269	69	5,7%
TOSCANA	58.391	40,8%	84.812	59,2%	143.203	40.595	73	5,9%
UMBRIA	16.809	62,5%	10.101	37,5%	26.910	32.992	59	4,5%
MARCHE	29.199	49,9%	29.280	50,1%	58.479	40.373	73	3,2%
LAZIO	196.028	43,1%	258.441	56,9%	454.469	88.000	158	4,1%
ABRUZZO	18.901	44,8%	23.329	55,2%	42.230	33.570	60	5,3%
MOLISE	6.314	60,2%	4.171	39,8%	10.485	32.677	59	6,2%
CAMPANIA	130.262	22,5%	447.616	77,5%	577.878	97.805	176	6,1%
PUGLIA	72.633	28,5%	182.001	71,5%	254.635	65.169	117	3,7%
BASILICATA	5.801	40,9%	8.367	59,1%	14.168	23.128	42	9,4%
CALABRIA	56.925	49,7%	57.648	50,3%	114.572	55.188	99	3,1%
SICILIA	123.889	29,5%	295.632	70,5%	419.521	78.000	140	5,0%
SARDEGNA	24.527	27,5%	64.736	72,5%	89.263	53.056	95	6,8%
ITALIA	**1.157.387**	**36,3%**	**2.029.701**	**63,7%**	**3.187.088**	**55.635**	**100**	**5,4%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab. 4-12 - Assistenza specialistica convenzionata - Spese correnti 1995 - Valori assoluti (milioni di lire correr procapite (lire)

Regioni	Assist. spec. interna		Assist. spec. esterna		Totale assist. spec.			
	Val. ass.	*% del totale ass. spec.*	*Val. ass.*	*% del totale ass. spec.*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*
PIEMONTE	60.976	45,7%	72.317	54,3%	133.293	31.407	77	4,7%
VALLE D'AOSTA	2.329	57,5%	1.720	42,5%	4.049	34.607	85	5,4%
LOMBARDIA	109.710	40,9%	158.628	59,1%	268.338	30.417	75	6,9%
PROV. AUT. BOLZA	2.815	37,8%	4.635	62,2%	7.450	16.855	42	3,5%
PROV. AUT. TRENT	6.653	65,0%	3.586	35,0%	10.239	22.603	56	7,5%
VENETO	62.690	42,9%	83.516	57,1%	146.206	33.503	83	6,7%
FRIULI V. GIULIA	13.361	68,4%	6.183	31,6%	19.544	16.591	41	3,8%
LIGURIA	39.003	64,0%	21.902	36,0%	60.905	37.002	91	4,8%
EMILIA ROMAGNA	75.726	65,8%	39.394	34,2%	115.120	29.632	73	5,7%
TOSCANA	56.098	58,1%	40.403	41,9%	96.501	27.659	68	5,9%
UMBRIA	15.330	84,0%	2.912	16,0%	18.242	22.383	55	4,5%
MARCHE	26.828	62,3%	16.223	37,7%	43.052	30.127	74	3,2%
LAZIO	165.206	44,4%	206.559	55,6%	371.765	72.540	179	4,1%
ABRUZZO	14.797	23,6%	48.002	76,4%	62.799	49.959	123	5,3%
MOLISE	6.768	68,5%	3.110	31,5%	9.878	30.024	74	6,2%
CAMPANIA	122.870	39,1%	191.163	60,9%	314.033	55.036	136	6,1%
PUGLIA	75.913	57,1%	56.945	42,9%	132.858	32.935	81	3,7%
BASILICATA	5.977	57,5%	4.411	42,5%	10.388	17.199	42	9,4%
CALABRIA	53.796	58,9%	37.532	41,1%	91.328	44.725	110	3,1%
SICILIA	117.336	36,6%	203.357	63,4%	320.693	63.858	157	5,0%
SARDEGNA	24.832	40,0%	37.189	60,0%	62.021	37.772	93	6,8%
ITALIA	**1.059.014**	**46,1%**	**1.239.687**	**53,9%**	**2.298.702**	**40.581**	**100**	**5,4%**

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

Tab. 4-13 - "Altre prestazioni di assistenza sanitaria" - Spese correnti 1992 e 1995 - Valori assoluti (milioni di lire correnti) e procapite (lire)

Regioni	1992				1995			
	Val. ass.	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*	*Val. ass.*	*Val. p.c.*	*N. indice*	*% del totale spese SSN*
PIEMONTE	319.270	74.005	82	4,7%	478.600	112.771	105	7,0%
VALLE D'AOSTA	11.098	95.239	105	5,4%	11.499	98.282	91	5,5%
LOMBARDIA	996.030	113.524	126	6,9%	1.232.478	139.705	130	8,3%
PROV. AUT. BOLZANO	26.820	60.859	67	3,5%	51.517	116.554	108	6,0%
PROV. AUT. TRENTO	60.179	133.152	147	7,5%	71.639	158.143	147	8,8%
VENETO	501.862	115.332	128	6,7%	613.739	140.637	131	8,3%
FRIULI V. GIULIA	81.821	69.069	76	3,8%	104.057	88.334	82	5,1%
LIGURIA	156.030	94.513	105	4,8%	190.225	115.568	107	6,0%
EMILIA ROMAGNA	457.061	117.147	130	5,7%	520.156	133.888	124	6,9%
TOSCANA	372.547	105.608	117	5,9%	412.823	118.321	110	6,8%
UMBRIA	65.477	80.276	89	4,5%	71.490	87.718	82	5,0%
MARCHE	86.178	59.496	66	3,2%	112.249	78.551	73	4,5%
LAZIO	374.990	72.611	80	4,1%	414.948	80.965	75	4,8%
ABRUZZO	104.809	83.316	92	5,3%	107.807	85.765	80	5,6%
MOLISE	31.852	99.267	110	6,2%	32.189	97.839	91	6,4%
CAMPANIA	538.908	91.209	101	6,1%	528.112	92.554	86	6,4%
PUGLIA	236.136	60.434	67	3,7%	293.564	72.772	68	5,0%
BASILICATA	81.818	133.563	148	9,4%	98.596	163.238	152	10,9%
CALABRIA	89.871	43.289	48	3,1%	117.057	57.325	53	4,0%
SICILIA	392.608	72.996	81	5,0%	475.066	94.597	88	6,6%
SARDEGNA	187.282	111.316	123	6,8%	157.592	95.976	89	5,9%
ITALIA	**5.172.647**	**90.295**	**100**	**5,4%**	**6.095.403**	**107.607**	**100**	6,6%

Fonte: elaborazione su dati tratti da Ministero della sanità, Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Rendiconti trimestrali delle USL*

DENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/93 PER SETTORI DI ATTIVITA' E GRAVITA'

TAV.1

1992 infortuni

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDENNIZZO	TOTALE
INDUSTRIA	911492	669850	29386	1024	186082	886342
AGRICOLTURA	234752	189398	14118	346	27154	231016
CONTO STATO	35761	225	293	5	34408	34931
TOTALE	1182005	859473	43797	1375	247644	1152289

Fonte INAIL

DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/1994 PER SETTORI DI ATTIVITA' E GRAVITA'

TAV. 1

1993 Infortuni

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDENNIZZO	TOTALE
INDUSTRIA	816859	589785	27227	901	188996	806909
AGRICOLTURA	195092	139354	9569	234	44030	193187
CONTO STATO	48258	208	299	4	47024	47535
TOTALE	1060209	729347	37095	1139	280050	1047631

Fonte INAIL

DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/1995 PER SETTORI DEI ATTIVITA' E GRAVITA'

TAV.1

1994 Infortuni

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDENNIZZO	TOTALE
INDUSTRIA	787740	560564	24519	831	185558	771472
AGRICOLTURA	135487	100618	6565	133	26804	134120
CONTO STATO	51728	189	280	6	50544	51019
TOTALE	974955	661371	31364	970	262906	956611

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/1995 PER SETTORI DI ATTIVITA' E GRAVITA'

TAV.1

1994 mal prof.

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDENNIZZO	TOTALE
INDUSTRIA	35884	817	2590	86	29415	32908
AGRICOLTURA	1379	22	63	0	1211	1296
CONTO STATO	312	0	35	0	230	265
TOTALE	37575	839	2688	86	30856	34469

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI ATUTTO IL 31/12/1993 PER SETTORI DI ATTIVITA' E GRAVITA'

TAV. 1

1992 mal. prof.

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDENNIZZO	TOTALE
INDUSTRIA	51539	980	5119	66	37930	44095
AGRICOLTURA	2566	26	151	1	2183	2361
CONTO STATO	484	0	58	1	365	424
TOTALE	54589	1006	5328	68	40478	46880

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/1994 PER SETTORI DI ATTIVITA' E GRAVITA'

TAV.1

1993 mal.prof.

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDENNIZZO	TOTALE
INDUSTRIA	44102	870	4025	59	34613	39567
AGRICOLTURA	1874	31	87	1	1669	1788
CONTO STATO	578	0	55	0	486	541
TOTALE	46554	901	4167	60	36768	41896

Fonte INAIL

TAV1

ANNO	GESTIONE	SERVIZIO	NDEUNCLEI	NMORTAEL	MPORTAEA	RMANETEE	MORTEE	NIDNEEA	NDUSTRA	NDUSTRA	NDUSTRA	NDUSTRA	D.SINDEA	NMORTAEA	C.TEMPEA	C.TEMPEA	C.MORTEA	C.AGRIEA	DENUNCEA	NMORTEA	TOTALE
92	I		911492	1392	669850	29386	1024	186082	0	56	980	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
92	I	M	46492	56	980	4729	26	33887	46492	56	980	4729	26	33887	0	0	0	0	0	0	0
92	I	S	5047	75	0	390	40	4043	5047	75	0	390	40	4043	0	0	0	0	0	0	0
92	A	I	234752	415	189398	14118	346	27154	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
92	A	M	2566	3	26	151	1	2183	0	0	0	0	0	0	2566	3	26	151	1	2183	0
92	S	I	35761	8	225	293	5	34408	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
92	S	M	465	0	0	50		355	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	465	0
92	S	S	19	1		8	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	1
93	I		816859	1163	589785	27227	901	188996	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
93	I	M	40359	32	870	3670	15	31670	40359	32	870	3670	15	31670	0	0	0	0	0	0	0
93	I	S	3743	85		355	44	2943	3743	85	0	355	44	2943	0	0	0	0	0	0	0
93	A	I	195092	306	139354	9569	234	44030	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
93	A	M	1874	1	31	87	1	1669	0	0	0	0	0	0	1874	1	31	87	1	1669	0
93	A	S	48258	9	208	299	4	47024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
93	S	I	564	0		51		476	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	564	0
93	S	M	14	1		4		10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	1
94	I	I	787740	1076	560564	24519	831	185558	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
94	I	M	33024	70	817	2295	50	27161	33024	70	817	2295	50	27161	0	0	0	0	0	0	0
94	I	S	2860	58		295	36	2254	2860	58	0	295	36	2254	0	0	0	0	0	0	0
94	A	I	135487	185	100618	6565	133	26804	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
94	A	M	1379		22	63		1211	0	0	0	0	0	0	1379	0	22	63	0	1211	0
94	S	I	51728	8	189	280	6	50544	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
94	S	M	293			32		217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	293	0
94	S	S	19			3		13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0

TAV1

TOTALE PERMETRO	TOTALE MOTO ONDOSO	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE	AUTOSTRADE
0	0	911492	1392	669850	29386	1024	186082	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	234752	415	189398	14118	346	27154	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35761	8	225	293	5	34408
50	0	355	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	816859	1163	589785	27227	901	188996	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	195092	306	139354	9589	234	44030	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48258	9	208	299	4	47024
51	0	476	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	787740	1076	580584	24519	831	185558	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	135487	185	100818	6565	133	26804	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51728	8	189	280	6	50544
32	0	217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/94
PER GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.2

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	29744	26421	1196	36	1860	29513
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	36623	32728	1221	34	2396	36379
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	145782	126076	8054	306	10168	144604
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	6943	5927	290	17	658	6892
5) Legno e affini	31397	27768	1812	18	1593	31191
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	156792	140865	4936	131	9840	155772
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	27119	24278	1157	52	1423	26910
8) Tessile e abbigliamento	27854	24708	883	16	2062	27669
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	60540	52618	2851	140	4489	60098
10) Varie	152544	127496	4726	147	18886	151255
11) Indeterminati	141521	900	101	4	128621	129626
TOTALE	816859	589785	27227	901	181996	799909

Fonte INAIL

DENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/93
PER GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.2

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	32256	28974	1216	42	1690	31922
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	41346	37387	1286	31	2261	40965
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	169489	148149	8740	383	10329	167601
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	7301	6394	281	11	534	7220
5) Legno e affini	35248	31407	1892	19	1557	34875
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	181980	164301	5533	127	10277	180238
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	32418	29023	1313	38	1714	32088
8) Tessile e abbigliamento	31776	28441	893	20	2125	31479
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	64327	56376	3066	182	3981	63605
10) Varie	157127	133314	4854	146	16773	155087
11) Indeterminati	158224	6084	312	25	134841	141262
TOTALE	911492	669850	29386	1024	186082	886342

Fonte INAIL

DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/95
PER GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.2

SETTORE DI ATTIVITA'	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	28402	24789	1226	51	2097	28163
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	36682	32377	1169	26	2866	36438
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	132340	113073	7073	298	10849	131293
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	6430	5342	248	12	784	6386
5) Legno e affini	30089	26508	1599	13	1756	29876
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	154762	137754	4737	93	11199	153783
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	25152	22279	1054	35	1594	24962
8) Tessile e abbigliamento	28398	24840	816	19	2544	28219
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	59138	50808	2546	155	5162	58671
10) Varie	150684	121932	3995	123	23486	149536
11) Indeterminati	135663	862	56	6	123221	124145
TOTALE	787740	560564	24519	831	185558	771472

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/95
PER GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV. 2

GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN	TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	525	20	74	5	388	487
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	1262	85	103	8	992	1188
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	3373	201	494	6	2436	3137
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	129	0	7	1	110	118
5) Legno e affini	1185	17	260	2	845	279
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	5708	188	930	22	4280	5420
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	1785	72	324	3	1269	1668
8) Tessile e abbigliamento	957	28	95	1	790	914
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	488	6	34	1	432	473
10) Varie	1385	198	106	2	1032	1338
11) Indeterminati	19087	2	163	35	16841	17041
TOTALE	35884	817	2590	86	29415	32063

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/94
PER GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV. 2

GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN	TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	662	17	87	0	491	595
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	1593	81	116	8	1255	1460
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	3933	237	823	3	2508	3571
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	158	1	23	2	127	153
5) Legno e affini	1484	17	415	2	926	1360
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	7412	184	1554	11	5064	6813
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	2388	79	509	8	1576	2172
8) Tessile e abbigliamento	1120	43	138	1	881	1063
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	495	10	43	4	394	451
10) Varie	1570	201	169	1	1099	1470
11) Indeterminati	23287	0	148	19	20292	20459
TOTALE	44102	870	4025	59	34613	39567

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/93
PER GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV. 2

GRANDI GRUPPI DI INDUSTRIA	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	645	20	110	1	443	574
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	1705	96	177	5	1235	1513
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	4063	279	1050	10	2265	3604
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	190	0	31	0	131	162
5) Legno e affini	1740	21	536	1	958	1516
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	8937	190	1937	18	5788	7933
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	2915	97	678	6	1826	2607
8) Tessile e abbigliamento	1361	55	178	1	998	1232
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	626	16	63	2	474	555
10) Varie	1523	200	189	3	986	1378
11) Indeterminati	27834	6	170	19	22826	23021
TOTALE	51539	980	5119	66	37930	44095

Fonte INAIL

TAV2

ANNO	GESTIONE	EVENTO	GRGRUPPO	DESCRIZIONE	NDENUNCE	NMORTALI	TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZAINDEN	M.P. DENUNCE	M.P. NMORTALI	M.P. TEMP	M.P. PERM	M.P. MORTE	M.P. IND.	INF DENUNCE	INF NMORTALI	INF TEMP	INF PERM	INF MORTE	INF. SEN. IND.
92	I	I	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	32256	51	28974	1216	42	1690	0	0	0	0	0	0	32256	51	28974	1216	42	1690
92	I	M	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	641	0	20	110	0	440	641	0	20	110	0	440	0	0	0	0	0	0
92	I	S	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	4	1	0	0	1	3	4	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
92	I	I	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	41346	49	37387	1286	31	2261	0	0	0	0	0	0	41346	49	37387	1286	31	2261
92	I	M	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	1667	6	96	166	3	1216	1667	6	96	166	3	1216	0	0	0	0	0	0
92	I	S	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	38	4	0	11	2	19	38	4	0	11	2	19	0	0	0	0	0	0
92	I	I	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	169489	496	148149	8740	383	10329	0	0	0	0	0	0	169489	496	148149	8740	383	10329
92	I	M	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	3877	7	279	1002	5	2147	3877	7	279	1002	5	2147	0	0	0	0	0	0
92	I	S	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	186	7	0	48	5	118	186	7	0	48	5	118	0	0	0	0	0	0
92	I	I	4	Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	7301	14	6394	281	11	534	0	0	0	0	0	0	7301	14	6394	281	11	534
92	I	M	4	Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	184	1	0	31	0	127	184	1	0	31	0	127	0	0	0	0	0	0
92	I	S	4	Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	6	0	0	0	0	4	6	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
92	I	I	5	Legno e affini	35248	29	31407	1892	19	1557	0	0	0	0	0	0	35248	29	31407	1892	19	1557
92	I	M	5	Legno e affini	1730	1	21	532	1	954	1730	1	21	532	1	954	0	0	0	0	0	0
92	I	S	5	Legno e affini	10	1	0	4	0	4	10	1	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0
92	I	I	6	Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	181980	176	164301	5533	127	10277	0	0	0	0	0	0	181980	176	164301	5533	127	10277
92	I	M	6	Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	8551	13	190	1853	7	5536	8551	13	190	1853	7	5536	0	0	0	0	0	0
92	I	S	6	Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	386	14	0	84	11	252	386	14	0	84	11	252	0	0	0	0	0	0
92	I	I	7	Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	32418	47	29023	1313	38	1714	0	0	0	0	0	0	32418	47	29023	1313	38	1714
92	I	M	7	Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	2385	5	97	522	1	1487	2385	5	97	522	1	1487	0	0	0	0	0	0
92	I	S	7	Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	530	16	0	156	5	339	530	16	0	156	5	339	0	0	0	0	0	0
92	I	I	8	Tessile e abbigliamento	31776	35	28441	893	20	2125	0	0	0	0	0	0	31776	35	28441	893	20	2125
92	I	M	8	Tessile e abbigliamento	1348	1	55	172	0	995	1348	1	55	172	0	995	0	0	0	0	0	0

ANNO	GESTIONE	EVENTO	GRGRUPPO	DESCRIZIONE	NDENUNCE	NMORTALI	TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZAINDEN	M. e P. TEMP.	M. e P. TEMP. MORTALI	M. e P. TEMP.	M. e P. PERM.	M. e P. MORTE	M. e P. SENZ.IND.	INF. TEMP.	INF. TEMP. MORTALI	INF. TEMP.	INF. PERM.	INF. MORTE	INF. SEN. IND.
92	I	S	8	Tessile e abbigliamento	13	2	0	6	1	3	13	2	0	6	1	3	0	0	0	0	0	0
92	I	I	9	Trasporti, carico e scarico, depositi	64327	215	56376	3066	182	3981	0	0	0	0	0	0	64327	215	56376	3066	182	3981
92	I	M	9	Trasporti, carico e scarico, depositi	601	2	16	57	1	457	601	2	16	57	1	457	0	0	0	0	0	0
92	I	S	9	Trasporti, carico e scarico, depositi	25	1	0	6	1	17	25	1	0	6	1	17	0	0	0	0	0	0
92	I	I	10	Varie	157127	202	133314	4854	146	16773	0	0	0	0	0	0	157127	202	133314	4854	146	16773
92	I	M	10	Varie	1509	2	200	183	0	982	1509	2	200	183	0	982	0	0	0	0	0	0
92	I	S	10	Varie	14	4	0	6	3	4	14	4	0	6	3	4	0	0	0	0	0	0
92	I	I	11	Indeterminati	158224	78	6084	312	25	134841	0	0	0	0	0	0	158224	78	6084	312	25	134841
92	I	M	11	Indeterminati	23999	18	6	101	8	19546	23999	18	6	101	8	19546	0	0	0	0	0	0
92	I	S	11	Indeterminati	3835	25	0	69	11	3280	3835	25	0	69	11	3280	0	0	0	0	0	0
93	I	I	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	29744	45	26421	1196	36	1860	0	0	0	0	0	0	29744	45	26421	1196	36	1860
93	I	M	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	656	0	17	86	0	486	656	0	17	86	0	486	0	0	0	0	0	0
93	I	S	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	6	0	0	1	0	5	6	0	0	1	0	5	0	0	0	0	0	0
93	I	I	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	36623	42	32728	1221	34	2396	0	0	0	0	0	0	36623	42	32728	1221	34	2396
93	I	M	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	1549	4	81	104	4	1229	1549	4	81	104	4	1229	0	0	0	0	0	0
93	I	S	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	44	7	0	12	4	26	44	7	0	12	4	26	0	0	0	0	0	0
93	I	I	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	145782	391	126076	8054	306	10168	0	0	0	0	0	0	145782	391	126076	8054	306	10168
93	I	M	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	3730	2	237	775	1	2379	3730	2	237	775	1	2379	0	0	0	0	0	0
93	I	S	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	203	4	0	48	2	129	203	4	0	48	2	129	0	0	0	0	0	0
93	I	I	4	Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	6943	21	5927	290	17	658	0	0	0	0	0	0	6943	21	5927	290	17	658
93	I	M	4	Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	147	1	1	20	1	120	147	1	1	20	1	120	0	0	0	0	0	0
93	I	S	4	Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	11	1	0	3	1	7	11	1	0	3	1	7	0	0	0	0	0	0
93	I	I	5	Legno e affini	31397	24	27768	1812	18	1593	0	0	0	0	0	0	31397	24	27768	1812	18	1593
93	I	M	5	Legno e affini	1472	2	17	407	2	922	1472	2	17	407	2	922	0	0	0	0	0	0
93	I	S	5	Legno e affini	12	0	0	8	0	4	12	0	0	8	0	4	0	0	0	0	0	0

TAV2

ANNO	GESTIONE	EVENTO	GRGRUPPO	DESCRIZIO	NDENUNCE	NMORTALI	TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZAINDEN	MP-DENUNCE	MP-NMORTALI	MP-TEMP	MP-PERM	MP-MORTE	MP-SEN.IND	INF-DENUNCE	INF-NMORTALI	INF-TEMP	INF-PERM	INF-MORTE	INF.SEN.IND
93	I	I	6	Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	156792	168	140865	4936	131	9840	0	0	0	0	0	0	156792	168	140865	4936	131	9840
93	I	M	6	Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	7113	6	184	1460	3	4888	7113	6	184	1460	3	4888	0	0	0	0	0	0
93	I	S	6	Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	299	19	0	94	8	176	299	19	0	94	8	176	0	0	0	0	0	0
93	I	I	7	Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	27119	64	24278	1157	52	1423	0	0	0	0	0	0	27119	64	24278	1157	52	1423
93	I	M	7	Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	2058	2	79	425	0	1371	2058	2	79	425	0	1371	0	0	0	0	0	0
93	I	S	7	Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	330	11	0	84	8	205	330	11	0	84	8	205	0	0	0	0	0	0
93	I	I	8	Tessile e abbigliamento	27854	23	24708	883	16	2062	0	0	0	0	0	0	27854	23	24708	883	16	2062
93	I	M	8	Tessile e abbigliamento	1111	1	43	135	0	878	1111	1	43	135	0	878	0	0	0	0	0	0
93	I	S	8	Tessile e abbigliamento	9	2	0	3	1	3	9	2	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0
93	I	I	9	Trasporti, carico e scarico, depositi	60540	167	52618	2851	140	4489	0	0	0	0	0	0	60540	167	52618	2851	140	4489
93	I	M	9	Trasporti, carico e scarico, depositi	468	1	10	40	1	378	468	1	10	40	1	378	0	0	0	0	0	0
93	I	S	9	Trasporti, carico e scarico, depositi	27	5	0	3	3	16	27	5	0	3	3	16	0	0	0	0	0	0
93	I	I	10	Varie	152544	188	127496	4726	147	18886	0	0	0	0	0	0	152544	188	127496	4726	147	18886
93	I	M	10	Varie	1541	0	201	164	0	1081	1541	0	201	164	0	1081	0	0	0	0	0	0
93	I	S	10	Varie	29	1	0	5	1	18	29	1	0	5	1	18	0	0	0	0	0	0
93	I	I	11	Indeterminati	141521	30	900	101	4	128621	0	0	0	0	0	0	141521	30	900	101	4	128621
93	I	M	11	Indeterminati	20514	13	0	54	3	17938	20514	13	0	54	3	17938	0	0	0	0	0	0
93	I	S	11	Indeterminati	2773	35	0	94	16	2354	2773	35	0	94	16	2354	0	0	0	0	0	0
94	I	I	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	28402	61	24789	1226	51	2097	0	0	0	0	0	0	28402	61	24789	1226	51	2097
94	I	M	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	524	5	20	73	5	388	524	5	20	73	5	388	0	0	0	0	0	0
94	I	S	1	Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	1			1			1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
94	I	I	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	36682	33	32377	1169	26	2866	0	0	0	0	0	0	36682	33	32377	1169	26	2866
94	I	M	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	1231	6	85	87	5	981	1231	6	85	87	5	981	0	0	0	0	0	0
94	I	S	2	Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	31	6		16	3	11	31	6	0	16	3	11	0	0	0	0	0	0
94	I	I	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	132340	371	113073	7073	298	10849	0	0	0	0	0	0	132340	371	113073	7073	298	10849
94	I	M	3	Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	3221	4	201	462	2	2330	3221	4	201	462	2	2330	0	0	0	0	0	0

| A I E U N O N P N T O E O | G R G T V R | D E S C R I Z I O | N D E N U N C E I | T E M P E A N N I | S E N D A M E N T E | M A P P E | M E M E | I N F E | I N F E | I N F

Malattie causate da stagno,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	3			0	2	2
Malattie causate da zinco,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	15	0	2		10	12
Malatt.caus. da deriv. acido carbonico e tiocarbonico, con loro conseg. dirette	33		1		30	31
Malattie causate da solfuri di bario,calcio e sodio con loro conseguenze dirette	104	0	1		83	84
Malattie causate da ozono e loro conseguenze	4				3	3
Malatt.caus da acido cianidrico, cianuri e composti del cianogeno, ac. isocianic	42	2	7		30	39
Malattie causate da alcoli,glicoli e derivati con loro conseguenze dirette	9	1			8	9
Malattie causate da ossido di carbonio, con le loro conseguenze dirette	123	1	17		100	118
Malattie causate da cloruro di carbonile(fosgene), con loro conseguenze dirette	2				1	1
Malattie causate da solfuro di carbonio, con le loro conseguenze dirette	3				3	3
Mal. caus. da idrocarburi alifatici, saturi e non, ciclici e non, con cons.dir	48	6	6		33	45
Mal caus da idrocarburi aromatici, saturi e non, a nuclei aromatici condensati e	72	3	6	2	53	64
Mal caus da nitro derivati alifatici, esteri dell'acido nitrico e conseg.dirette	18				14	14
Malattie causate da chinoni e derivati	3				2	2
Mal caus da fenoli ed omologhi,tiofenoli ed omologhi, naftoli e loro omologhi e	2			1	1	2
Mal.caus.da amine alifatiche ed aromatiche(prim ,second.,terz. ed eterocicliche)	65	5	17	2	38	62
Mal.caus da deriv alogenati,nitrici,solfonici e fosforati degli idrocarburi arom	9	1	1		5	7
Mal caus.dal cloruro di vinile e dagli altri deriv.alogenati degli idrocarburi	39	3	3	1	32	39
Malattie causate da chetoni e derivati alogenati e loro conseguenze dirette	14		1		13	14
Malattie causate da eteri ed esteri e loro derivati alogenati e loro conseg. dir	19		1		17	18

Fonte INAIL

Mal.caus.da aldeidi sature e non,acidi organici saturi e non,tioacidi,anidridi e	17	2	3		11	16
Asma bronchiale primario estrinseco	186	5	21	0	132	158
Alveoliti allergiche estrinseche e fibrosi polmonari da esse derivate	70	5	4	0	54	63
Malatt.cutanee causate da catrame, bitume,pece,fuliggine natracene ed altre sostanze e materiali	2518	634	145	1	1531	2311
Pneumoconiosi da polveri di silicati	320	1	25	0	271	297
Pneumoconiosi da polveri di calcari e dolomie	224	0	14	0	173	187
Pneumoconiosi da polveri e fumi di alluminio e di ossidi di alluminio	32	0	1	0	27	28
Pneumoconiosi e processi fibrosanti del polmone	31	0	4	0	18	22
Siderosi	20	0	6	0	12	18
Bissinosi e pneumopatie	29	1	0	0	25	26
Bronchite cronica ostruttiva	88	0	4	0	76	80
Ipoacusia e sordità da rumori	16293	5	1583	0	13212	14800
Malatt.caus.da radiazioni ionizzanti, laser, onde elettromagnetiche e cons dir	172	3	18	1	132	154
Mal.osteoart. e angioneurotiche	1080	11	105	0	883	999
Malattie causate da lavori subacquei ed in camere iperbariche	84	2	11	0	58	71
Cataratta da energie raggianti	29	0	1	0	25	26
Anchilostomiasi	8	0	0	0	7	7
Asbesto mesotelioma pleurico, mesotelioma pericardico, mesotelioma peritoneale, carcinoma del polmone	76	0	21	24	21	66
Polvere di legno carcinoma delle cavità nasali e paranasali	15	0	6	3	5	14
Polvere di cuoio: carcinoma delle cavità nasali e paranasali	5	0	1	1	2	4
Broncopneumopatie da inalazione di silicati o di calcare, con loro conseg.diret	967	2	39	0	870	911
Broncopneumopatie da inalazione di polveri o esalazioni di alluminio, ecc.	404	2	27	0	347	376
Broncopneumopatie da inalazione delle seguenti sostanze non consid.in altre voci	184	1	21	0	142	164
Silicosi	2196	0	137	9	1857	2003
Asbestosi	636	0	158	27	377	562
Indeterminate	8856	29	112	12	8155	8308
TOTALI	35884	817	2590	86	29415	32908

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/95 PER TIPO DI PATOLOGIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV. 3

MALATTIE PROFESSIONALI	N. DENUNCE	TEMP.	PERM.	MORTE	S. INDENN.	TOTALE
Malattie causate da piombo, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	152	42	5		89	136
Malatt causate da mercurio,amalgame e composti, con le loro conseguenze dirette	5			0	5	5
Malattie causate da fosforo e composti, con le loro conseguenze dirette	12				12	12
Malattie causate da arsenico, leghe e composti con le loro conseguenze dirette	7	3	1		3	7
Malattie causate da cromo,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	105	36	12	2	45	95
Malattie causate da berillio,leghe e composti con le loro conseguenze dirette	5	1	0		4	5
Malattie causate da cadmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	3	1			2	3
Malattie causate da vanadio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette						0
Malattie causate da nichelio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	47	7	2		37	46
Malattie causate da manganese,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	32		1		28	29
Malatt caus da bromo,cloro,fluoro,iodio e composti, con loro conseg dirette	43	2	4		33	39
Malattie causate da acido nitrico,ossidi di azoto,ammoniaca con loro conseg dir.	252		32		211	243
Malatt caus da anidride solforosa,ac solf.idrogeno solforato,con loro cons. dir	39		2		33	35
Malattie causate da tallio, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	2				1	1
Malattie causate da antimonio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette						0
Malattie causate da osmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette						0
Malattie causate da selenio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	1				1	1
Malattie causate da rame,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	12		1		10	11

Fonte INAIL

Malattie causate da stagno,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	4				3	3
Malattie causate da zinco,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	17	1			12	13
Malatt.caus. da deriv acido carbonico e tiocarbonico, con loro conseg dirette	115		12		96	108
Malattie causate da solfuri di bario,calcio e sodio con loro conseguenze dirette	180	3			152	155
Malattie causate da ozono e loro conseguenze	7		2		3	5
Malatt.caus.da acido cianidrico, cianuri e composti del cianogeno, ac isocianic	15	1	4	0	8	13
Malattie causate da alcoli,glicoli e derivati con loro conseguenze dirette	15		2		11	13
Malattie causate da ossido di carbonio, con le loro conseguenze dirette	160	1	18		134	153
Malattie causate da cloruro di carbonile(fosgene), con loro conseguenze dirette	4				4	4
Malattie causate da solfuro di carbonio, con le loro conseguenze dirette	4	1			3	4
Mal caus da idrocarburi alifatici, saturi e non, ciclici e non, con cons.dir.	56	4	6		43	53
Mal.caus.da idrocarburi aromatici, saturi e non, a nuclei aromatici condensati e	125	5	8	4	89	106
Mal caus da nitro derivati alifatici, esteri dell'acido nitrico e conseg.dirette	21	1			16	17
Malattie causate da chinoni e derivati	10	1	3		6	10
Mal caus da fenoli ed omologhi,tiofenoli ed omologhi, naftoli e loro omologhi e	7	1	1		5	7
Mal caus da amine alifatiche ed aromatiche(prim ,second.,terz ed eterocicliche)	65	12	12		27	51
Mal.caus.da deriv alogenati,nitrici,solfonici e fosforati degli idrocarburi arom	17	2			13	15
Mal.caus dal cloruro di vinile e dagli altri deriv alogenati degli idrocarburi	58	7	5		37	49
Malattie causate da chetoni e derivati alogenati e loro conseguenze dirette	21	1			19	20
Malattie causate da eteri ed esteri e loro derivati alogenati e loro conseg. dir	14	1	2		11	14

Fonte INAIL

Mal caus da aldeidi sature e non,acidi organici saturi e non,tioacidi,anidridi e	12	0	2		8	10
Asma bronchiale primario estrinseco	15	0	1	0	8	9
Alveoliti allergiche estrinseche e fibrosi polmonari da esse derivate	4	0	1	0	1	2
Malatt.cutanee causate da catrame, bitume,pece,fuliggine natracene ed altre sostanze e materiali	2970	669	194	0	1769	2632
Pneumoconiosi da polveri di silicati	29	2	5	0	10	17
Pneumoconiosi da polveri di calcari e dolomie	57	1	10	0	37	48
Pneumoconiosi da polveri e fumi di alluminio e di ossidi di alluminio	3	0	0	0	2	2
Pneumoconiosi e processi fibrosanti del polmone	5	0	1	0	2	3
Siderosi	1	0	0	0	0	0
Bissinosi e pneumopatie	2	0	0	0	0	0
Bronchite cronica ostruttiva	3	0	0	0	1	1
Ipoacusia e sordità da rumori	21962	13	2726	0	16803	19542
Malatt caus.da radiazioni ionizzanti, laser, onde elettromagnetiche e cons dir	205	4	20	0	150	174
Mal osteoart e angioneurotiche	1405	8	208	0	1097	1313
Malattie causate da lavori subacquei ed in camere iperbariche	84	1	9	0	69	79
Cataratta da energie raggianti	35	0	6	0	24	30
Anchilostomiasi	19	0	1	0	15	16
Asbesto. mesotelioma pleurico, mesotelioma pericardico, mesotelioma peritoneale, carcinoma del polmone	11	0	2	1	1	4
Polvere di legno: carcinoma delle cavità nasali e paranasali	0	0	0	0	0	0
Polvere di cuoio: carcinoma delle cavità nasali e paranasali	2	0	1	0	0	1
Broncopneumopatie da inalazione di silicati o di calcare, con loro conseg.diret	1893	1	130	0	1589	1720
Broncopneumopatie da inalazione di polveri o esalazioni di alluminio, ecc	785	4	60	1	610	675
Broncopneumopatie da inalazione delle seguenti sostanze non consid in altre voci	423	5	63	0	313	381
Silicosi	3068	0	192	15	2568	2775
Asbestosi	654	0	161	29	362	552
Indeterminate	8693	24	81	6	7917	8028
TOTALI	44052	870	4025	59	34613	39567

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/94 PER TIPO DI PATOLOGIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV. 3

MALATTIE PROFESSIONALI	N. DENUNCE	TEMP.	PERM.	MORTE	S.INDENN.	TOTALE
Malattie causate da piombo, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	151	42	4		94	140
Malatt causate da mercurio,amalgame e composti, con le loro conseguenze dirette	11	3			5	8
Malattie causate da fosforo e composti, con le loro conseguenze dirette	6		1		5	6
Malattie causate da arsenico, leghe e composti con le loro conseguenze dirette	6	1			5	6
Malattie causate da cromo,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	113	30	10	3	56	99
Malattie causate da berillio,leghe e composti con le loro conseguenze dirette	3		1		1	2
Malattie causate da cadmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	2				2	2
Malattie causate da vanadio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	3				3	3
Malattie causate da nichelio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	32	14	0		17	31
Malattie causate da manganese,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	21		5		14	19
Malatt.caus da bromo,cloro,fluoro,iodio e composti, con loro conseg dirette	55	2	2		49	53
Malattie causate da acido nitrico,ossidi di azoto,ammoniaca con loro conseg dir	305	3	45		240	288
Malatt caus.da anidride solforosa,ac.solf idrogeno solforato,con loro cons. dir	65	1	6		54	61
Malattie causate da tallio, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	12		1		11	12
Malattie causate da antimonio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	4				3	3
Malattie causate da osmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette						0
Malattie causate da selenio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	1		1			1
Malattie causate da rame,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	7				6	6

Fonte INAIL

Malattie causate da stagno,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	5		2		2	4
Malattie causate da zinco,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	17	1	2		7	10
Malatt.caus. da deriv acido carbonico e tiocarbonico, con loro conseg. dirette	128	2	13		90	105
Malattie causate da solfuri di bario,calcio e sodio con loro conseguenze dirette	107	2	5		56	63
Malattie causate da ozono e loro conseguenze	7		1		4	5
Malatt caus da acido cianidrico, cianuri e composti del cianogeno, ac isocianic	17		3		8	11
Malattie causate da alcoli,glicoli e derivati con loro conseguenze dirette	28		3		21	24
Malattie causate da ossido di carbonio, con le loro conseguenze dirette	237		34		186	220
Malattie causate da cloruro di carbonile(fosgene), con loro conseguenze dirette	2				2	2
Malattie causate da solfuro di carbonio, con le loro conseguenze dirette	2				2	2
Mal caus da idrocarburi alifatici, saturi e non, ciclici e non, con cons dir.	47	1	2		35	38
Mal.caus.da idrocarburi aromatici, saturi e non, a nuclei aromatici condensati e	127	5	15	6	77	103
Mal.caus.da nitro derivati alifatici, esteri dell'acido nitrico e conseg dirette	40		3		30	33
Malattie causate da chinoni e derivati	6				3	3
Mal caus da fenoli ed omologhi,tiofenoli ed omologhi, naftoli e loro omologhi e	18	1	3		11	15
Mal.caus.da amine alifatiche ed aromatiche(prim ,second ,terz. ed eterocicliche)	63	6	15	1	34	56
Mal.caus.da deriv.alogenati,nitrici,solfonici e fosforati degli idrocarburi arom	23	1	3		14	18
Mal caus.dal cloruro di vinile e dagli altri deriv.alogenati degli idrocarburi	79	7	6	1	57	71
Malattie causate da chetoni e derivati alogenati e loro conseguenze dirette	37	2	1		28	31
Malattie causate da eteri ed esteri e loro derivati alogenati e loro conseg dir	17	1	5		9	15

Fonte INAIL

Mal.caus.da aldeidi sature e non,acidi organici saturi e *non,tioacidi,anidridi e*	23	2	5		12	19
Malatt.caus.da radiazioni ionizzanti, laser, onde elettromagnetiche e cons.dir	196	2	28	0	121	151
Malatt cutanee provoc.nell'amb lavoro da sostanze non consid.in altre voci	3582	787	225		1995	3007
Mal.osteoart e angioneurotiche, caus.da vibraz meccaniche prod.da strum.lavoro	1930	5	208		1378	1591
Malattie causate da lavoro in aria compressa	63	5	11		37	53
Ipoacusia e sordità da rumori	26825	16	3626		18968	22610
Cataratta da energie raggianti	43		6		25	31
Anchilostomiasi, con le sue conseguenze dirette	18				18	18
Broncopneumopatie da inalazione di silicati o di calcare, con loro conseg.diret.	2744	8	189	4	2166	2367
Broncopneumopatie da inalazione di polveri o esalazioni di alluminio, polveri di	1109	8	90	2	844	944
Broncopneumopatie da inalazione delle seguenti sostanze non *consid.in altre voci*	639	9	80	1	466	556
Silicosi	4320		256	20	3605	3881
Asbestosi	708		134	20	427	581
Indeterminate	7242	9	48	8	6435	6500
TOTALI	51539	980	5119	66	37930	44095

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO I992 E DEFINITI ATUTTO IL 31/12/93 PER TIPO DI PATOLOGIA E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV. 3

MALATTIE PROFESSIONALI	N. DENUNCE	TEMP.	PERM.	MORTE	S. INDENN.	TOTALE
Malattie causate da piombo, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	188	67	7		80	154
Malatt. causate da mercurio,amalgame e composti, con le loro conseguenze dirette	15	1	1		10	12
Malattie causate da fosforo e composti, con le loro conseguenze dirette	10		1		8	9
Malattie causate da arsenico, leghe e composti con le loro conseguenze dirette	10		1		6	7
Malattie causate da cromo,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	97	19	10	1	59	89
Malattie causate da berillio,leghe e composti con le loro conseguenze dirette	1				1	1
Malattie causate da cadmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	3				2	2
Malattie causate da vanadio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	4				4	4
Malattie causate da nichelio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	42	9	1		27	37
Malattie causate da manganese,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	57	1	3		45	49
Malatt caus da bromo,cloro,fluoro,iodio e composti, con loro conseg dirette	91		11		71	82
Malattie causate da acido nitrico,ossidi di azoto,ammoniaca con loro conseg dir.	466	1	60	2	355	418
Malatt caus da anidride solforosa,ac solf idrogeno solforato,con loro cons dir	80		1		72	73
Malattie causate da tallio, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	10				6	6
Malattie causate da antimonio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	5	1			3	4
Malattie causate da osmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	1		1			1
Malattie causate da selenio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette						0
Malattie causate da rame,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette	10	1			8	9

Fonte INAIL

ANNO	GESTIONE	EVENTO	CODICEMP	NDENUNCE	TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SINDENNIZ	SCODICE	DES1_MP
92	I	M	1	188	67	7		80		Malattie causate da piombo, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	2	15	1	1		10		Malatt. causate da mercurio,amalgame e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	3	10		1		8		Malattie causate da fosforo e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	4	10		1		6		Malattie causate da arsenico, leghe e composti con le loro conseguenze dirette
92	I	M	5	97	19	10	1	59		Malattie causate da cromo,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	6	1				1		Malattie causate da berillio,leghe e composti con le loro conseguenze dirette
92	I	M	7	3				2		Malattie causate da cadmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	8	4				4		Malattie causate da vanadio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	9	42	9	1		27		Malattie causate da nichelio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	10	57	1	3		45		Malattie causate da manganese,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	11	91		11		71		Malatt.caus. da bromo,cloro,fluoro,iodio e composti, con loro conseg. dirette
92	I	M	12	466	1	60	2	355		Malattie causate da acido nitrico,ossidi di azoto,ammoniaca con loro conseg.dir.
92	I	M	13	80		1		72		Malatt.caus.da anidride solforosa,ac.solf.idrogeno solforato,con loro cons. dir.
92	I	M	14	10				6		Malattie causate da tallio, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	15	5	1			3		Malattie causate da antimonio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette

Fonte INAIL

92	I	M	16	1		1		Malattie causate da osmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	17					Malattie causate da selenio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	18	10	1		8	Malattie causate da rame,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	19	5		2	2	Malattie causate da stagno,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	20	17	1	2	7	Malattie causate da zinco,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	21	128	2	13	90	Malatt.caus. da deriv. acido carbonico e tiocarbonico, con loro conseg. dirette
92	I	M	22	107	2	5	56	Malattie causate da solfuri di bario,calcio e sodio con loro conseguenze dirette
92	I	M	23	7		1	4	Malattie causate da ozono e loro conseguenze
92	I	M	24	17		3	8	Malatt.caus.da acido cianidrico, cianuri e composti del cianogeno, ac. isocianic
92	I	M	25	28		3	21	Malattie causate da alcoli,glicoli e derivati con loro conseguenze dirette
92	I	M	26	237		34	186	Malattie causate da ossido di carbonio, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	27	2			2	Malattie causate da cloruro di carbonile(fosgene), con loro conseguenze dirette
92	I	M	28	2			2	Malattie causate da solfuro di carbonio, con le loro conseguenze dirette
92	I	M	29	47	1	2	35	Mal. caus. da idrocarburi alifatici, saturi e non, ciclici e non, con cons.dir.
92	I	M	30	127	5	15	6 77	Mal.caus.da idrocarburi aromatici, saturi e non, a nuclei aromatici condensati e
92	I	M	31	40		3	30	Mal.caus.da nitro derivati alifatici, esteri dell'acido nitrico e conseg.dirette
92	I	M	32	6			3	Malattie causate da chinoni e derivati
92	I	M	33	18	1	3	11	Mal.caus.da fenoli ed omologhi,tiofenoli ed omologhi, naftoli e loro omologhi e
92	I	M	34	63	6	15	1 34	Mal.caus.da amine alifatiche ed aromatiche(prim.,second.,terz. ed eterocicliche)

Fonte INAIL

92	I	M	35	23	1	3		14	Mal.caus.da deriv.alogenati,nitrici,solfonici e fosforati degli idrocarburi arom
92	I	M	36	79	7	6	1	57	Mal.caus.dal cloruro di vinile e dagli altri deriv.alogenati degli idrocarburi
92	I	M	37	37	2	1		28	Malattie causate da chetoni e derivati alogenati e loro conseguenze dirette
92	I	M	38	17	1	5		9	Malattie causate da eteri ed esteri e loro derivati alogenati e loro conseg. dir
92	I	M	39	23	2	5		12	Mal.caus.da aldeidi sature e non,acidi organici saturi e non,tioacidi,anidridi e
92	I	M	40	196	2	28		121	Malatt.caus.da radiazioni ionizzanti, laser, onde elettromagnetiche e cons.dir.
92	I	M	41	3582	787	225		1995	Malatt.cutanee provoc.nell'amb.lavoro da sostanze non consid.in altre voci:
92	I	M	42	1930	5	208		1378	Mal.osteoart. e angioneurotiche, caus.da vibraz. meccaniche prod.da strum.lavoro
92	I	M	43	63	5	11		37	Malattie causate da lavoro in aria compressa
92	I	M	44	26825	16	3626		18968	Ipoacusia e sordità da rumori
92	I	M	45	43		6		25	Cataratta da energie raggianti
92	I	M	46	18				18	Anchilostomiasi, con le sue conseguenze dirette
92	I	M	47	2744	8	189	4	2166	Broncopneumopatie da inalazione di silicati o di calcare, con loro conseg.diret.
92	I	M	48	1109	8	90	2	844	Broncopneumopatie da inalazione di polveri o esalazioni di alluminio, polveri di
92	I	M	49	639	9	80	1	466	Broncopneumopatie da inalazione delle seguenti sostanze non consid.in altre voci
92	I	M	50	4320		256	20	3605	Silicosi
92	I	M	51	708		134	20	427	Asbestosi
92	I	M	99	7242	9	48	8	6435	Indeterminate
93	I	M	1	151	42	4		94	Malattie causate da piombo, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	2	11	3			5	Malatt. causate da mercurio,amalgame e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	3	6		1		5	Malattie causate da fosforo e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	4	6	1			5	Malattie causate da arsenico, leghe e composti con le loro conseguenze dirette

Fonte INAIL

93	I	M	5	113	30	10	3	56	Malattie causate da cromo,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	6	3		1		1	Malattie causate da berillio,leghe e composti con le loro conseguenze dirette
93	I	M	7	2				2	Malattie causate da cadmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	8	3				3	Malattie causate da vanadio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	9	32	14			17	Malattie causate da nichelio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	10	21		5		14	Malattie causate da manganese,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	11	55	2	2		49	Malatt.caus. da bromo,cloro,fluoro,iodio e composti, con loro conseg. dirette
93	I	M	12	305	3	45		240	Malattie causate da acido nitrico,ossidi di azoto,ammoniaca con loro conseg.dir.
93	I	M	13	65	1	6		54	Malatt.caus.da anidride solforosa,ac.solf.idrogeno solforato,con loro cons. dir.
93	I	M	14	12		1		11	Malattie causate da tallio, leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	15	4				3	Malattie causate da antimonio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	16						Malattie causate da osmio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	17	1		1			Malattie causate da selenio,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	18	7				6	Malattie causate da rame,leghe e composti, con le ioro conseguenze dirette
93	I	M	19	4				3	Malattie causate da stagno,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	20	17	1			12	Malattie causate da zinco,leghe e composti, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	21	115		12		96	Malatt.caus. da deriv. acido carbonico e tiocarbonico, con loro conseg. dirette
93	I	M	22	180	3			152	Malattie causate da solfuri di bario,calcio e sodio con loro conseguenze dirette
93	I	M	23	7		2		3	Malattie causate da ozono e loro conseguenze

Fonte INAIL

93	I	M	24	15	1	4		8	Malatt.caus.da acido cianidrico, cianuri e composti del cianogeno, ac. isocianic
93	I	M	25	15		2		11	Malattie causate da alcoli,glicoli e derivati con loro conseguenze dirette
93	I	M	26	160	1	18		134	Malattie causate da ossido di carbonio, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	27	4				4	Malattie causate da cloruro di carbonile(fosgene), con loro conseguenze dirette
93	I	M	28	4	1			3	Malattie causate da solfuro di carbonio, con le loro conseguenze dirette
93	I	M	29	56	4	6		43	Mal. caus. da idrocarburi alifatici, saturi e non, ciclici e non, con cons.dir.
93	I	M	30	125	5	8	4	89	Mal.caus.da idrocarburi aromatici, saturi e non, a nuclei aromatici condensati e
93	I	M	31	21	1			16	Mal.caus.da nitro derivati alifatici, esteri dell'acido nitrico e conseg.dirette
93	I	M	32	10	1	3		6	Malattie causate da chinoni e derivati
93	I	M	33	7	1	1		5	Mal.caus.da fenoli ed omologhi,tiofenoli ed omologhi, naftoli e loro omologhi e
93	I	M	34	65	12	12		27	Mal.caus.da amine alifatiche ed aromatiche(prim.,second.,terz. ed eterocicliche)
93	I	M	35	17	2			13	Mal.caus.da deriv.alogenati,nitrici,solfonici e fosforati degli idrocarburi arom
93	I	M	36	58	7	5		37	Mal.caus.dal cloruro di vinile e dagli altri deriv.alogenati degli idrocarburi
93	I	M	37	21	1			19	Malattie causate da chetoni e derivati alogenati e loro conseguenze dirette
93	I	M	38	14	1	2		11	Malattie causate da eteri ed esteri e loro derivati alogenati e loro conseg. dir
93	I	M	39	12		2		8	Mal.caus.da aldeidi sature e non,acidi organici saturi e non,tioacidi,anidridi e
93	I	M	40	15		1		150	Malatt.caus.da radiazioni ionizzanti, laser, onde elettromagnetiche e cons.dir.
93	I	M	41	4		1		1769	Malatt.cutanee provoc.nell'amb.lavoro da sostanze non consid.in altre voci:
93	I	M	42	2970	669	194		1097	Mal.osteoart. e angioneurotiche, caus.da vibraz. meccaniche prod.da strum.lavoro

Fonte INAIL

93	I	M	43	29	2	5		69	Malattie causate da lavoro in aria compressa
93	I	M	44	57	1	10		16803	Ipoacusia e sordità da rumori
93	I	M	45	3				24	Cataratta da energie raggianti
93	I	M	46	5		1		15	Anchilostomiasi, con le sue conseguenze dirette
93	I	M	47	1					Broncopneumopatie da inalazione di silicati o di calcare, con loro conseg.diret.
93	I	M	48	2				1589	Broncopneumopatie da inalazione di polveri o esalazioni di alluminio, polveri di
93	I	M	49	3				1	Broncopneumopatie da inalazione delle seguenti sostanze non consid.in altre voci
93	I	M	50	21962	13	2726		313	Silicosi
93	I	M	51	205	4	20		362	Asbestosi
93	I	M	99	8693	24	81	6	7917	Indeterminate
94	I	M	1	152	42	5		89	
94	I	M	2	5				5	
94	I	M	3	12				12	
94	I	M	4	7	3	1		3	
94	I	M	5	105	36	12	2	45	
94	I	M	6	5	1			4	
94	I	M	7	3	1			2	
94	I	M	8						
94	I	M	9	47	7	2		37	
94	I	M	10	32		1		28	
94	I	M	11	43	2	4		33	
94	I	M	12	252		32		211	
94	I	M	13	39		2		33	
94	I	M	14	2				1	
94	I	M	15						
94	I	M	16						
94	I	M	17	1				1	
94	I	M	18	12		1		10	
94	I	M	19	3				2	
94	I	M	20	15		2		10	
94	I	M	21	33		1		30	
94	I	M	22	104		1		83	
94	I	M	23	4				3	
94	I	M	24	42	2	7		30	
94	I	M	25	9	1			8	
94	I	M	26	123	1	17		100	
94	I	M	27	2				2	
94	I	M	28	3				3	
94	I	M	29	48	6	6		33	
94	I	M	30	72	3	6	2	53	
94	I	M	31	18				14	
94	I	M	32	3				2	
94	I	M	33	2			1	1	
94	I	M	34	65	5	17	2	38	
94	I	M	35	9	1	1		5	
94	I	M	36	39	3	3	1	32	
94	I	M	37	14		1		13	
94	I	M	38	19		1		17	

Fonte INAIL

94	I	M	39	17	2	3		11
94	I	M	40	186	5	21		132
94	I	M	41	70	5	4		1531
94	I	M	42	2518	634	145	1	883
94	I	M	43	320	1	25		58
94	I	M	44	224		14		13212
94	I	M	45	32		1		25
94	I	M	46	31		4		7
94	I	M	47	20		6		870
94	I	M	48	29	1			347
94	I	M	49	88		4		142
94	I	M	50	16293	5	1583		1857
94	I	M	51	172	3	18	1	377
94	I	M	52	1080	11	105		8155
94	I	M	53	84	2	11		58
94	I	M	54	29		1		25
94	I	M	55	8				7
94	I	M	56	76		21	24	21
94	I	M	57	15		6	3	5
94	I	M	58	5		1	1	2
94	I	M	77	967	2	39		870
94	I	M	78	404	2	27		347
94	I	M	79	184	1	21		142
94	I	M	90	2196		137	9	1857
94	I	M	91	636		158	27	377
94	I	M	99	8795	28	98	8	8126

OFESSIONALE DENUNCIATI NEL 1992 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/93 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.4

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	158	3	16	0	135	154
2) Valle d'Aosta	543	0	82	4	411	497
3) Lombardia	52	0	4	2	45	51
4) Trentino Alto Adig	602	0	65	5	427	497
5) Veneto	79	0	18	3	50	71
6) Friuli Ven. Giulia	157	0	16	7	111	134
7) Liguria	87	0	11	7	52	70
8) Emilia Romagna	664	0	44	3	526	573
9) Toscana	97	0	19	1	47	67
10) Umbria	798	0	44	6	708	758
11) Marche	19	0	1	0	15	16
12) Lazio	22	0	5	0	15	20
13) Abruzzo	164	0	15	1	137	153
14) Molise	567	0	13	0	527	540
15) Campania	12	0	1	0	10	11
16) Puglia	127	0	17	1	51	69
17) Basilicata	23	0	3	0	10	13
18) Calabria	30	0	1	0	21	22
19) Sicilia	253	0	8	0	194	202
20) Sardegna	232	0	16	0	193	209
ITALIA	4686	3	399	40	3685	4127

Fonte INAIL

DENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/93 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.4

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	70109	53434	1762	94	13193	68483
2) Valle d'Aosta	3062	2348	112	4	556	3020
3) Lombardia	152462	123164	4204	141	21349	148858
4) Trentino Alto Adige	20359	15868	502	23	3467	19860
5) Veneto	100827	76395	2102	102	19383	97982
6) Friuli Ven. Giulia	27096	19633	652	26	4412	24723
7) Liguria	35615	25077	1250	19	8521	34867
8) Emilia Romagna	105083	79846	3137	91	18766	101840
9) Toscana	84345	60301	3339	66	18620	82326
10) Umbria	20010	15491	974	21	3178	19664
11) Marche	31541	24100	1312	30	5490	30932
12) Lazio	57233	37789	1450	66	16447	55752
13) Abruzzo	26387	17337	721	34	7761	25853
14) Molise	5100	3293	165	6	1517	4981
15) Campania	48861	29830	2135	65	14923	46953
16) Puglia	47658	32943	1972	76	11417	46408
17) Basilicata	6415	4588	272	16	1406	6282
18) Calabria	13041	8797	698	30	3094	12619
19) Sicilia	36254	25344	1858	95	8129	35426
20) Sardegna	20034	14272	769	19	4453	19513
ITALIA	911492	669850	29386	1024	186082	886342

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/95 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.4

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	3062	83	309	15	2387	2794
2) Valle d'Aosta	178	4	11	1	153	169
3) Lombardia	4434	97	315	9	3707	4128
4) Trentino Alto Adig	614	17	61	4	495	577
5) Veneto	3477	136	212	5	2835	3188
6) Friuli Ven. Giulia	1052	19	106	16	821	962
7) Liguria	1891	3	145	8	1587	1743
8) Emilia Romagna	3402	204	283	10	2424	2921
9) Toscana	4053	87	338	7	3363	3795
10) Umbria	1194	11	104	0	994	1109
11) Marche	1739	34	174	2	1425	1635
12) Lazio	1554	5	40	3	1364	1412
13) Abruzzo	2722	17	68	1	2501	2587
14) Molise	84	6	3	0	65	74
15) Campania	1482	15	29	1	1242	1287
16) Puglia	1720	28	219	3	1338	1588
17) Basilicata	260	5	12	0	213	230
18) Calabria	575	14	27	0	455	496
19) Sicilia	1278	17	49	1	1061	1128
20) Sardegna	1113	15	85	0	985	1085
ITALIA	35884	817	2590	86	29415	32908

Fonte INAIL

OFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/94 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.4

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	3120	64	391	9	2361	2825
2) Valle d'Aosta	183	2	18	0	147	167
3) Lombardia	5846	100	567	6	4505	5178
4) Trentino Alto Adig	857	17	80	3	709	809
5) Veneto	4694	126	373	8	3782	4289
6) Friuli Ven. Giulia	1244	23	145	14	886	1068
7) Liguria	2448	6	268	4	1935	2213
8) Emilia Romagna	3836	207	470	6	2432	3115
9) Toscana	4836	103	522	4	3935	4564
10) Umbria	1508	21	147	1	1162	1331
11) Marche	2315	32	295	1	1878	2206
12) Lazio	2263	8	69	1	1871	1949
13) Abruzzo	3067	36	129	0	2665	2830
14) Molise	136	6	3	0	86	95
15) Campania	1830	24	39	0	1430	1493
16) Puglia	1782	45	240	2	1297	1584
17) Basilicata	277	6	19	0	198	223
18) Calabria	646	17	25	0	514	556
19) Sicilia	1677	18	94	0	1482	1594
20) Sardegna	1537	9	131	0	438	578
ITALIA	44102	870	4025	59	33713	38667

Fonte INAIL

anno94 infortu

anno 1994 casi di infortunio	
Lombardia	109441
Emilia Romagna	71556
Veneto	70523
Toscana	52483
Piemonte	47558
Lazio	30877
Puglia	28282
m.prof. anno 1994	
Emilia Romagna	937
Lombardia	657
Toscana	612
Veneto	611
Piemonte	596
Puglia	374
Marche	305

DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/95 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.4

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	61580	45917	1565	76	12510	60068
2) Valle d'Aosta	2473	1543	78	2	799	2422
3) Lombardia	134913	105515	3820	106	23505	132946
4) Trentino Alto Adige	19205	14326	477	19	3946	18768
5) Veneto	90943	68549	1889	85	18231	88754
6) Friuli Ven. Giulia	22974	16575	588	18	5196	22377
7) Liguria	29669	18971	1286	23	8767	29047
8) Emilia Romagna	96666	68689	2805	62	23035	94591
9) Toscana	70097	49948	2476	59	16081	68564
10) Umbria	16282	12316	798	17	2718	15849
11) Marche	28934	21146	1215	30	6101	28492
12) Lazio	48700	29797	1034	46	16501	47378
13) Abruzzo	21909	13568	580	17	7400	21565
14) Molise	4075	2595	140	5	1247	3987
15) Campania	36910	21870	1500	65	12766	36201
16) Puglia	38584	26531	1667	84	9485	37767
17) Basilicata	6196	4230	237	12	1624	6103
18) Calabria	11323	7362	569	31	3135	11097
19) Sicilia	29379	19708	1280	49	7729	28766
20) Sardegna	16928	11408	515	25	4782	16730
ITALIA	787740	560564	24519	831	185558	771472

Fonte INAIL

DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/94 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE INDUSTRIA

TAV.4

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZA INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	62511	46291	1643	89	13089	61112
2) Valle d'Aosta	2946	1997	110	3	798	2908
3) Lombardia	136640	108957	4108	149	21125	134339
4) Trentino Alto Adige	19339	14560	467	20	3803	18850
5) Veneto	93003	69127	2015	78	19506	90726
6) Friuli Ven. Giulia	23014	17133	639	20	4842	22634
7) Liguria	31293	20909	1236	25	8355	30525
8) Emilia Romagna	97373	71755	2977	78	20022	94832
9) Toscana	74284	53287	2894	49	16608	72838
10) Umbria	17617	13019	858	7	3351	17235
11) Marche	30251	21967	1221	39	6524	29751
12) Lazio	52292	34133	1319	51	15816	51319
13) Abruzzo	23919	14921	722	33	7696	23372
14) Molise	4285	2796	149	6	1244	4195
15) Campania	40003	24150	1818	69	13150	39187
16) Puglia	40634	28204	1773	65	9831	39873
17) Basilicata	6057	4094	324	6	1535	5959
18) Calabria	12065	8114	708	18	2975	11815
19) Sicilia	31850	21698	1553	71	7895	31217
20) Sardegna	17483	12673	693	25	3831	17222
ITALIA	816859	589785	27227	901	181996	799909

Fonte INAIL

TAV4

ANNO	CREGIONE	REGIONE	ESTINE	EVENTO	NDENUNCE	TEMPORANEA	PERMANENTE	MORTE	SENZAINED
92	1	Piemonte	I	M	2753	85	300	6	2145
92	2	Valle d'Aosta	I	M	158	3	16		135
92	3	Lombardia	I	M	5912	88	525	1	4360
92	4	Trentino Alto Adige	I	M	759	36	76	2	588
92	5	Veneto	I	M	5352	143	477	1	4129
92	6	Friuli Ven. Giulia	I	M	1224	21	122	2	571
92	7	Liguria	I	M	2631	7	306	1	2018
92	8	Emilia Romagna	I	M	4080	237	429	8	2535
92	9	Toscana	I	M	4890	104	587	2	3811
92	10	Umbria	I	M	2361	21	293		1409
92	11	Marche	I	M	2839	35	451		2103
92	12	Lazio	I	M	2358	10	84	1	1917
92	12	Abruzzo	I	M	3103	42	132		2600
92	14	Molise	I	M	101	5	3	0	70
92	15	Campania	I	M	1757	19	69	1	1086
92	16	Puglia	I	M	2253	42	410	1	1448
92	17	Basilicata	I	M	178	6	14		86
92	18	Calabria	I	M	608	27	41		383
92	19	Sicilia	I	M	1995	43	227		1554
92	20	Sardegna	I	M	1180	6	167		939
93	1	Piemonte	I	M	2764	64	321	3	2126
93	2	Valle d'Aosta	I	M	142	2	15	0	113
93	3	Lombardia	I	M	5413	100	507	1	4206
93	4	Trentino Alto Adige	I	M	793	17	68	0	670
93	5	Veneto	I	M	4520	126	353	2	3655
93	6	Friuli Ven. Giulia	I	M	1151	23	125	0	836
93	7	Liguria	I	M	1925	6	227	0	1526
93	8	Emilia Romagna	I	M	3741	207	442	3	2381

TAV4

93	9	Toscana	I	M	4229	103	459	2	3419
93	10	Umbria	I	M	1485	21	147	1	1143
93	11	Marche	I	M	2293	32	291	0	1864
93	12	Lazio	I	M	2158	8	65	1	1782
93	12	Abruzzo	I	M	2662	36	121	0	2286
93	14	Molise	I	M	129	6	3	0	82
93	15	Campania	I	M	1734	24	36	0	1376
93	16	Puglia	I	M	1756	45	234	2	1287
93	17	Basilicata	I	M	233	6	19	0	159
93	18	Calabria	I	M	482	17	23	0	374
93	19	Sicilia	I	M	1510	18	87	0	1329
93	20	Sardegna	I	M	1239	9	127	0	156
94	1	Piemonte	I	M	2771	83	253	9	2175
94	2	Valle d'Aosta	I	M	150	4	10	1	128
94	3	Lombardia	I	M	4125	97	272	6	3468
94	4	Trentino Alto Adige	I	M	564	17	47	1	466
94	5	Veneto	I	M	3366	136	199	2	2755
94	6	Friuli Ven. Giulia	I	M	939	19	77	6	761
94	7	Liguria	I	M	1423	3	109	3	1198
94	8	Emilia Romagna	I	M	3325	204	260	9	2388
94	9	Toscana	I	M	3598	87	293	5	2986
94	10	Umbria	I	M	1171	11	103	0	983
94	11	Marche	I	M	1712	34	169	2	1407
94	12	Lazio	I	M	1473	5	37	2	1299
94	12	Abruzzo	I	M	2510	17	66	1	2307
94	14	Molise	I	M	73	6	3	0	56
94	15	Campania	I	M	1396	15	27	0	1184
94	16	Puglia	I	M	1699	28	215	3	1325
94	17	Basilicata	I	M	228	5	12	0	183
94	18	Calabria	I	M	407	14	22	0	311
94	19	Sicilia	I	M	1178	17	40	0	985
94	20	Sardegna	I	M	916	15	81	0	796

ENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI CON INDENNIZZO A TUTTO IL 31.12.93 PER REGIONE E GRANDE GRUPPO D'INDUSTRIA

		REGIONI								
GRANDI GRUPPI	Casi di infortunio	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli Ven. Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia
Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura,	numero denunce	936	279	624	1967	5747	809	1978	702	5942
	casi temporanea	840	254	471	1698	5273	735	1715	606	4944
	casi permanente	32	13	40	120	195	12	80	29	136
	casi mortali	2	1	0	3	5	1	3	0	4
Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	numero denunce	1140	200	269	1372	4336	1043	2371	837	10941
	casi temporanea	1030	183	241	1176	3969	936	2095	741	10126
	casi permanente	29	8	20	88	129	29	51	26	296
	casi mortali	2	0	0	2	3	0	1	0	6
Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di	numero denunce	5647	2162	3377	8293	16401	4226	9531	6423	25964
	casi temporanea	4912	1933	2960	6980	14580	3637	8097	5589	23173
	casi permanente	274	134	267	687	749	169	473	328	1207
	casi mortali	13	13	14	30	23	9	30	5	33
Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	numero denunce	140	40	118	571	595	262	687	522	911
	casi temporanea	121	37	96	452	540	235	580	467	838
	casi permanente	5	3	13	27	14	6	23	25	24
	casi mortali	0	0	0	2	0	1	1	0	3
Legno e affini	numero denunce	785	169	482	959	2950	2470	896	541	5906
	casi temporanea	687	150	425	812	2691	2179	849	453	5319
	casi permanente	42	15	41	102	139	101	74	47	286
	casi mortali	2	0	0	0	1	1	1	0	2
Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	numero denunce	4018	987	1510	9419	22402	6070	5718	6457	40575
	casi temporanea	3591	823	1364	7436	20648	5437	4984	5654	37317
	casi permanente	107	36	89	363	633	143	159	271	1068
	casi mortali	3	1	2	2	13	4	7	3	35
Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	numero denunce	1291	328	435	1152	5494	782	1468	709	3585
	casi temporanea	1129	299	386	1007	5088	688	1312	612	3286
	casi permanente	45	18	32	71	182	24	38	32	125
	casi mortali	4	0	0	1	4	3	3	2	3
Tessile e abbigliamento	numero denunce	967	166	139	671	2738	516	520	173	7880
	casi temporanea	839	148	127	599	2462	465	451	156	7288
	casi permanente	11	3	7	26	91	5	23	4	147
	casi mortali	0	0	0	1	1	1	0	0	5
Trasporti, carico e scarico, depositi	numero denunce	1336	240	804	3630	8597	1777	4724	3258	10626
	casi temporanea	1178	204	712	3127	7667	1561	4063	2848	9559
	casi permanente	61	23	57	235	436	54	186	164	399
	casi mortali	2	1	6	11	23	1	8	6	23
Varie	numero denunce	3342	595	2036	7763	18554	4390	15637	8971	23539
	casi temporanea	2889	535	1772	6250	16360	3673	13083	7591	20722
	casi permanente	103	17	111	388	552	107	329	297	500
	casi mortali	4	0	5	8	17	5	11	0	26
Indeterminati	numero denunce	6765	1369	3347	14063	17279	4751	13603	7022	17283
	casi temporanea	121	22	243	293	568	87	556	360	592
	casi permanente	12	2	21	28	17	2	14	27	16
	casi mortali	2	0	3	5	1	0	1	3	1

Fonte INAIL

ENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI CON INDENNIZZO A TUTTO IL 31.12.93 PER REGIONE E GRANDE GRUPPO D'INDUSTRIA

		REGIONI										
GRANDI GRUPPI	Casi di infortunio	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino Alto Adige	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura,	numero denunce	1052	320	2256	1547	661	816	2063	715	1082	113	3356
	casi temporanea	949	298	2043	1381	550	718	1761	661	952	100	3021
	casi permanente	42	9	64	76	31	58	114	19	59	4	83
	casi mortali	1	0	5	2	0	2	1	1	2	0	9
Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	numero denunce	1823	106	4073	934	640	758	3796	881	723	24	5079
	casi temporanea	1646	92	3713	821	534	664	3311	826	640	23	4620
	casi permanente	72	2	109	54	22	46	166	16	38	1	84
	casi mortali	2	0	4	1	0	0	4	1	0	0	5
Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di	numero denunce	5618	1264	11654	10807	5781	9947	14832	4911	4374	1117	17270
	casi temporanea	4929	1130	10343	9403	4967	8550	12581	4407	3899	997	15082
	casi permanente	323	76	502	695	257	763	710	183	253	53	637
	casi mortali	9	1	44	29	6	51	25	11	7	2	28
Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	numero denunce	168	26	462	293	353	395	772	179	171	19	617
	casi temporanea	146	22	416	259	285	347	667	163	161	19	543
	casi permanente	13	3	8	15	12	22	45	8	6	0	9
	casi mortali	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Legno e affini	numero denunce	2352	117	1763	1488	587	1106	3383	1347	865	95	6982
	casi temporanea	2069	109	1594	1315	495	981	2894	1224	766	86	6309
	casi permanente	130	7	97	110	41	77	242	61	66	5	209
	casi mortali	0	0	2	2	0	0	3	0	0	0	5
Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	numero denunce	6571	668	19594	9405	2192	5251	13038	2918	3576	464	23249
	casi temporanea	5883	622	17793	7547	1818	4683	11255	2717	3260	426	21043
	casi permanente	253	20	458	314	84	243	524	72	179	14	503
	casi mortali	1	0	10	9	6	13	6	0	2	0	10
Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	numero denunce	981	216	1769	1376	1598	1531	4151	929	852	62	3709
	casi temporanea	875	197	1593	1204	1413	1370	3509	854	784	56	3361
	casi permanente	52	8	65	87	62	100	222	22	36	2	90
	casi mortali	1	1	4	2	0	3	3	0	2	0	2
Tessile e abbigliamento	numero denunce	1734	100	2700	1465	191	220	5530	305	679	13	5069
	casi temporanea	1540	91	2434	1299	161	189	4826	284	607	11	4464
	casi permanente	56	2	66	42	13	16	262	7	34	0	78
	casi mortali	1	0	1	0	0	0	7	0	0	0	3
Trasporti, carico e scarico, depositi	numero denunce	2267	235	4304	2798	1475	2120	6374	1466	1441	162	6693
	casi temporanea	1941	203	3859	2469	1186	1836	5339	1336	1271	144	5873
	casi permanente	142	19	164	177	89	154	383	45	90	9	179
	casi mortali	9	4	11	15	6	16	8	5	5	0	22
Varie	numero denunce	4692	460	10174	8460	3329	6729	16701	3700	3616	525	13894
	casi temporanea	4005	413	8821	6801	2566	5632	13595	3329	3063	438	11776
	casi permanente	228	17	211	367	128	337	642	67	206	24	223
	casi mortali	5	0	13	14	1	8	7	5	2	1	14
indeterminati	numero denunce	4283	1890	11354	10085	3227	7381	13715	3107	2621	468	14909
	casi temporanea	117	116	825	444	297	374	563	67	88	48	303
	casi permanente	1	2	18	35	30	42	29	2	7	0	7
	casi mortali	1	0	0	2	0	1	2	0	1	1	1

Fonte INAIL

Arial,Grassetto"CASI DI INFORTUNIO DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI CON INDENNIZZO A TUTTO IL 31/12/1995 PER REGIONE E GRANDE GRUPPO DI INDUSTRIA

GRANDI GRUPPI	Casi di infortunio	REGIONI Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli Ven. Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia
Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	numero denunce	753	310	465	1648	4825	687	1840	645	4629
	casi temporanea	641	265	403	1358	4312	602	1578	500	4171
	casi permanente	37	17	41	72	183	19	43	60	149
	casi mortali	1	0	7	0	5	0	2	1	8
Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	numero denunce	987	164	221	1096	3883	945	1953	638	9864
	casi temporanea	863	145	198	929	3514	850	1652	538	8819
	casi permanente	24	5	16	68	116	18	54	41	287
	casi mortali	0	1	0	1	1	0	0	1	8
Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	numero denunce	4077	1601	2625	6249	13400	3246	7097	4663	21670
	casi temporanea	3469	1372	2279	4215	11644	2753	5900	3840	18749
	casi permanente	217	96	218	458	651	163	349	284	1067
	casi mortali	9	11	14	32	18	6	15	10	29
Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	numero denunce	133	33	114	473	529	192	603	423	839
	casi temporanea	110	29	101	361	459	154	478	369	707
	casi permanente	6	4	6	22	19	10	13	23	28
	casi mortali	0	0	2	0	1	0	0	0	1
Legno e affini	numero denunce	619	153	414	809	2485	2352	773	509	5082
	casi temporanea	547	135	361	657	2214	2082	638	432	4594
	casi permanente	27	11	41	95	127	86	54	45	232
	casi mortali	0	0	0	0	2	2	0	0	1
Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	numero denunce	3360	1182	1332	6287	19721	4820	4700	4904	34732
	casi temporanea	3018	1042	1225	5352	17791	4277	4004	4164	31495
	casi permanente	78	29	59	268	627	114	139	324	970
	casi mortali	0	0	1	3	5	0	7	4	14
Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	numero denunce	815	245	288	708	4729	578	989	523	2883
	casi temporanea	714	211	258	614	4314	505	857	440	2616
	casi permanente	35	13	30	45	162	15	34	33	114
	casi mortali	0	0	0	5	5	0	2	1	3
Tessile e abbigliamento	numero denunce	806	265	183	553	2204	549	504	181	6780
	casi temporanea	691	235	150	464	1885	475	425	125	6135
	casi permanente	18	6	8	27	68	9	7	14	172
	casi mortali	0	0	0	0	1	0	0	0	7
Trasporti, carico e scarico, depositi	numero denunce	1123	287	779	2896	9031	1698	4283	2695	9810
	casi temporanea	985	251	675	2417	7077	1455	3598	2249	8550
	casi permanente	47	17	53	179	380	55	123	149	332
	casi mortali	1	0	5	16	13	3	12	5	14
Varie	numero denunce	3028	672	2016	7233	18043	4313	13620	8012	23745
	casi temporanea	2503	545	1686	5444	15403	3412	10624	6256	19564
	casi permanente	90	39	91	264	469	99	216	305	463
	casi mortali	5	0	2	7	11	7	7	1	20
Indeterminati	numero denunce	5200	1284	2897	10058	18836	3587	12342	6496	14979
	casi temporanea	27	0	26	59	76	10	43	58	115
	casi permanente	1	0	6	2	3	0	2	8	6
	casi mortali	1	0	0	1	0	0	1	0	1

Fonte INAIL

TAV.5

Arial,Grassetto"CASI DI INFORTUNIO DENUNCIATI NELL'ANNO 1994 E DEFINITI CON INDENNIZZO A TUTTO IL 31/12/1995 PER REGIONE E GRANDE GRUPPO DI INDUSTRIA

GRANDI GRUPPI	Casi di infortunio	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino Alto Adige	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	numero denunce	1050	230	2008	1247	602	719	1863	864	1009	104	3202
	casi temporanea	903	205	1753	1082	519	631	1564	581	868	90	2763
	casi permanente	70	14	72	74	28	40	120	31	54	5	97
	casi mortali	4	0	4	6	1	1	3	1	1	0	6
Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	numero denunce	1867	114	3637	800	454	561	3214	812	550	22	5070
	casi temporanea	1474	102	3272	671	382	481	2763	740	464	19	4501
	casi permanente	63	4	75	43	16	31	155	18	35	1	99
	casi mortali	2	0	1	3	1	0	4	0	0	0	3
Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	numero denunce	4812	1048	9672	7687	3892	8709	12170	4641	3489	580	14222
	casi temporanea	4207	932	8376	6468	3328	5616	10110	4014	2992	555	12254
	casi permanente	317	53	453	523	177	503	586	174	243	44	497
	casi mortali	7	1	28	31	10	21	21	9	6	0	20
Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	numero denunce	175	31	477	241	322	404	566	192	140	21	532
	casi temporanea	134	28	408	195	271	341	461	157	120	18	441
	casi permanente	13	0	11	15	13	15	21	7	5	0	17
	casi mortali	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	4
Legno e affini	numero denunce	2014	91	1523	1250	506	865	2604	1221	735	72	6032
	casi temporanea	1779	77	1331	1088	435	779	2232	1091	640	62	5334
	casi permanente	99	6	93	94	35	58	185	53	46	5	207
	casi mortali	0	0	1	1	0	0	1	3	0	0	2
Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	numero denunce	6019	518	16736	5815	1651	3914	10698	2716	2892	316	21451
	casi temporanea	5257	458	15026	6025	1420	3465	9313	2449	2537	287	19149
	casi permanente	259	19	369	300	50	183	333	56	148	8	404
	casi mortali	2	2	14	16	1	2	6	0	1	0	15
Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	numero denunce	744	138	1359	1068	983	1116	3338	647	651	44	3317
	casi temporanea	632	117	1205	928	841	987	2871	592	570	38	2969
	casi permanente	48	11	50	70	52	66	142	18	37	2	77
	casi mortali	2	1	0	3	0	4	3	0	0	0	6
Tessile e abbigliamento	numero denunce	1470	67	2498	1371	153	176	5022	274	372	9	4811
	casi temporanea	1262	61	2218	1215	135	154	4345	247	480	9	4129
	casi permanente	44	3	61	47	8	7	209	5	25	0	78
	casi mortali	1	0	0	2	0	1	1	0	2	0	4
Trasporti, carico e scarico, depositi	numero denunce	2020	227	4221	2527	1479	1947	5668	1330	1254	101	6756
	casi temporanea	1699	198	3706	2173	1267	1662	4653	1177	1072	84	5860
	casi permanente	125	13	144	171	54	119	284	45	75	5	176
	casi mortali	5	1	14	9	5	10	16	4	4	1	17
Varie	numero denunce	4670	488	10346	7852	3742	7088	14610	3794	3167	456	13812
	casi temporanea	3792	404	8575	6532	2780	5539	11572	3265	2565	380	11091
	casi permanente	177	17	235	313	79	255	439	70	130	8	236
	casi mortali	6	0	13	12	6	9	4	2	2	1	8
Indeterminati	numero denunce	4193	1145	9214	7838	3144	5883	10314	3024	1813	566	11738
	casi temporanea	7	13	47	154	30	53	64	13	8	1	58
	casi permanente	0	0	2	17	3	3	2	0	0	0	1
	casi mortali	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Fonte INAIL

TAV.5

ENUNCIATIArial,Grassetto"NELL'ANNO 1993 E DEFINITI CON INDENNIZZO A TUTTO IL 31/12/1994 PER REGIONE E GRANDE GRUPPO DI INDUSTRIA

		REGIONI								
GRANDI GRUPPI	Casi di infortunio	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli Ven. Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia
Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	numero denunce	891	302	493	1587	5349	767	1884	647	4833
	casi temporanea	766	267	419	1314	4859	704	1642	558	4396
	casi permanente	28	23	41	107	187	16	55	31	148
	casi mortali	0	1	1	7	4	0	2	0	2
Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	numero denunce	947	150	227	1201	3798	992	2094	701	9673
	casi temporanea	851	131	199	1017	3407	914	1835	603	8820
	casi permanente	26	10	16	72	151	28	48	33	268
	casi mortali	0	0	0	1	4	0	0	1	8
Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	numero denunce	4679	1881	2896	6088	14493	3418	9296	5089	23229
	casi temporanea	4052	1616	2608	4940	12817	3044	6930	4264	20413
	casi permanente	280	153	254	530	655	156	429	323	1223
	casi mortali	11	2	9	27	23	3	20	8	55
Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	numero denunce	134	52	140	531	524	219	877	463	825
	casi temporanea	112	41	127	425	457	191	559	412	727
	casi permanente	8	5	11	33	25	5	15	23	24
	casi mortali	0	0	0	1	0	2	0	0	2
Legno e affini	numero denunce	668	146	535	840	2693	2109	867	454	5362
	casi temporanea	576	124	466	688	2426	1914	743	390	4810
	casi permanente	41	19	46	95	131	93	56	39	304
	casi mortali	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	numero denunce	3436	826	1379	6649	19953	4959	5047	5490	34893
	casi temporanea	3078	741	1208	5796	18193	4466	4436	4732	31958
	casi permanente	98	35	86	290	604	146	148	276	957
	casi mortali	9	1	1	8	11	4	4	3	30
Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	numero denunce	897	278	368	873	4985	599	1265	532	3022
	casi temporanea	798	243	330	746	4617	551	1074	468	2773
	casi permanente	41	23	24	55	176	13	71	29	104
	casi mortali	2	0	2	5	7	0	2	1	6
Tessile e abbigliamento	numero denunce	847	156	208	558	7233	490	541	194	6731
	casi temporanea	740	149	189	477	1976	450	455	165	6139
	casi permanente	18	1	6	26	89	12	18	5	189
	casi mortali	1	0	0	0	0	1	0	1	3
Trasporti, carico e scarico, depositi	numero denunce	1239	243	802	3263	8294	1646	4532	2941	9900
	casi temporanea	1093	211	692	2763	7375	1430	3940	2413	8739
	casi permanente	60	18	78	201	391	73	149	176	386
	casi mortali	5	1	0	10	16	2	13	8	18
Varie	numero denunce	3264	692	2052	7500	18027	4100	15088	8232	23176
	casi temporanea	2828	570	1768	5934	15568	3440	12447	6857	20100
	casi permanente	119	37	136	393	557	96	327	290	499
	casi mortali	4	1	3	10	12	8	8	2	22
Indeterminati	numero denunce	3847	1321	2879	10912	17026	3716	11901	6880	15006
	casi temporanea	27	1	108	50	60	29	72	47	82
	casi permanente	3	0	10	16	11	1	3	11	6
	casi mortali	0	0	2	0	0	0	0	1	0

Fonte INAIL

ENUNCIATIArial,Grassetto"NELL'ANNO 1993 E DEFINITI CON INDENNIZZO A TUTTO IL 31/12/1994 PER REGIONE E GRANDE GRUPPO DI INDUSTRIA

		REGIONI										
GRANDI GRUPPI	Casi di infortunio	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino Alto Adige	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	numero denunce	1054	258	2154	1400	652	700	1868	649	1030	99	3159
	casi temporanea	919	227	1978	1233	563	620	1585	591	874	85	2821
	casi permanente	51	9	56	93	38	43	111	21	62	2	74
	casi mortali	5	0	4	2	0	1	3	1	2	0	1
Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	numero denunce	1714	125	3568	861	476	663	3302	814	892	27	4700
	casi temporanea	1526	117	3227	763	424	589	2842	741	509	23	4190
	casi permanente	65	0	105	50	14	33	137	17	37	1	110
	casi mortali	3	0	5	2	0	2	2	0	1	0	5
Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	numero denunce	5146	1106	10309	8330	4682	8361	13132	4653	3762	977	15174
	casi temporanea	4431	984	9083	7167	4063	7043	11070	4228	3241	849	13233
	casi permanente	331	66	478	583	267	674	693	167	245	50	497
	casi mortali	8	4	30	17	10	30	14	6	1	3	26
Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	numero denunce	191	25	484	278	367	422	877	191	172	27	546
	casi temporanea	160	22	425	236	301	350	570	170	147	25	470
	casi permanente	8	0	19	12	15	22	31	9	8	2	15
	casi mortali	1	0	4	1	0	1	1	1	0	0	3
Legno e affini	numero denunce	2044	95	1482	1381	571	987	2909	1252	745	79	6179
	casi temporanea	1791	84	1308	1190	491	863	2513	1149	656	67	5519
	casi permanente	116	6	91	118	50	84	205	48	47	6	217
	casi mortali	1	0	2	3	0	0	1	0	0	0	3
Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	numero denunce	5966	564	16348	7085	1951	4238	11173	2869	2897	391	20397
	casi temporanea	5295	505	14768	6313	1593	3769	9616	2462	2575	357	19004
	casi permanente	234	22	377	304	69	186	445	57	164	14	424
	casi mortali	1	0	12	5	4	11	7	2	0	0	18
Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	numero denunce	798	159	1433	1062	1164	1213	3702	663	727	48	3337
	casi temporanea	698	135	1310	931	1051	1065	3165	619	638	44	3022
	casi permanente	48	10	46	67	44	82	183	17	40	1	83
	casi mortali	5	1	2	5	2	2	7	0	1	0	2
Tessile e abbigliamento	numero denunce	1435	102	2391	1353	176	195	4982	280	585	19	4410
	casi temporanea	1237	97	2127	1207	153	173	4372	240	511	16	3835
	casi permanente	52	2	65	45	9	9	230	5	24	1	77
	casi mortali	1	0	2	3	0	0	3	0	0	0	1
Trasporti, carico e scarico, depositi	numero denunce	2131	226	4070	2629	1487	2147	5838	1278	1295	124	6455
	casi temporanea	1832	190	3618	2313	1275	1846	4908	1134	1125	101	5620
	casi permanente	123	21	165	163	66	141	299	50	68	13	210
	casi mortali	7	0	11	11	5	14	4	6	2	0	7
Varie	numero denunce	4636	493	9881	8258	3492	8525	16777	3629	3304	812	13706
	casi temporanea	4072	426	8338	6787	2699	5332	12598	3219	2724	430	11359
	casi permanente	190	13	237	327	115	275	558	74	158	19	306
	casi mortali	7	1	17	16	4	10	7	3	0	0	12
Indeterminati	numero denunce	4936	1138	10391	7998	2565	6399	10924	3291	2518	643	14340
	casi temporanea	6	9	109	64	60	48	48	7	19	0	54
	casi permanente	3	0	4	11	6	4	2	2	5	1	2
	casi mortali	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fonte INAIL

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
92	I	1	Piemonte	1	Lavorazioni	I	2256	2043	64	5	2112
92	I	2	Valle d'Aosta	1	Lavorazioni	I	113	100	4	0	104
92	I	3	Lombardia	1	Lavorazioni	I	5342	4944	136	4	5084
92	I	4	Trentino Alto Adige	1	Lavorazioni	I	716	661	19	1	681
92	I	5	Veneto	1	Lavorazioni	I	3356	3021	83	9	3113
92	I	6	Friuli Ven. Giulia	1	Lavorazioni	I	809	735	12	1	748
92	I	7	Liguria	1	Lavorazioni	I	702	606	29	0	635
92	I	8	Emilia Romagna	1	Lavorazioni	I	5747	5273	195	5	5473
92	I	9	Toscana	1	Lavorazioni	I	2053	1761	114	1	1876
92	I	10	Umbria	1	Lavorazioni	I	1082	952	59	2	1013
92	I	11	Marche	1	Lavorazioni	I	1052	949	42	1	992
92	I	12	Lazio	1	Lavorazioni	I	1978	1719	80	3	1802
92	I	13	Abruzzo	1	Lavorazioni	I	936	840	32	2	874
92	I	14	Molise	1	Lavorazioni	I	320	298	9	0	307
92	I	15	Campania	1	Lavorazioni	I	1967	1698	120	3	1821
92	I	16	Puglia	1	Lavorazioni	I	1547	1381	76	2	1459
92	I	17	Basilicata	1	Lavorazioni	I	279	254	13	1	268
92	I	18	Calabria	1	Lavorazioni	I	524	471	40	0	511
92	I	19	Sicilia	1	Lavorazioni	I	816	718	58	2	778
92	I	20	Sardegna	1	Lavorazioni	I	661	550	31	0	581
92	I	1	Piemonte	2	Chimica, m	I	4073	3713	109	4	3826
92	I	2	Valle d'Aosta	2	Chimica, m	I	24	23	1	0	24
92	I	3	Lombardia	2	Chimica, m	I	10941	10126	296	6	10428
92	I	4	Trentino Alto Adige	2	Chimica, m	I	881	826	16	1	843
92	I	5	Veneto	2	Chimica, m	I	5079	4620	84	5	4709
92	I	6	Friuli Ven. Giulia	2	Chimica, m	I	1043	936	29	0	965
92	I	7	Liguria	2	Chimica, m	I	837	741	26	0	767
92	I	8	Emilia Romagna	2	Chimica, m	I	4336	3969	129	3	4101
92	I	9	Toscana	2	Chimica, m	I	3796	3311	166	4	3481
92	I	10	Umbria	2	Chimica, m	I	723	640	38	0	678
92	I	11	Marche	2	Chimica, m	I	1823	1646	72	2	1720
92	I	12	Lazio	2	Chimica, m	I	2371	2095	51	1	2147
92	I	13	Abruzzo	2	Chimica, m	I	1140	1030	29	2	1061
92	I	14	Molise	2	Chimica, m	I	106	92	2	0	94
92	I	15	Campania	2	Chimica, m	I	1372	1176	88	2	1266
92	I	16	Puglia	2	Chimica, m	I	934	821	54	1	876
92	I	17	Basilicata	2	Chimica, m	I	200	183	8	0	191
92	I	18	Calabria	2	Chimica, m	I	269	241	20	0	261
92	I	19	Sicilia	2	Chimica, m	I	758	664	46	0	710
92	I	20	Sardegna	2	Chimica, m	I	640	534	22	0	556
92	I	1	Piemonte	3	Costruzioni:	I	11654	10343	502	44	10889
92	I	2	Valle d'Aosta	3	Costruzioni:	I	1117	997	53	2	1052
92	I	3	Lombardia	3	Costruzioni:	I	25954	23173	1207	33	24413
92	I	4	Trentino Alto Adige	3	Costruzioni:	I	4811	4407	183	11	4601
92	I	5	Veneto	3	Costruzioni:	I	17270	15082	637	28	15747
92	I	6	Friuli Ven. Giulia	3	Costruzioni:	I	4226	3637	169	9	3815
92	I	7	Liguria	3	Costruzioni:	I	6423	5589	328	5	5922
92	I	8	Emilia Romagna	3	Costruzioni:	I	16401	14580	749	23	15352
92	I	9	Toscana	3	Costruzioni:	I	14832	12581	710	25	13316
92	I	10	Umbria	3	Costruzioni:	I	4374	3899	253	7	4159
92	I	11	Marche	3	Costruzioni:	I	5618	4929	323	9	5261
92	I	12	Lazio	3	Costruzioni:	I	9531	8097	473	30	8600
92	I	13	Abruzzo	3	Costruzioni:	I	5647	4912	274	13	5199
92	I	14	Molise	3	Costruzioni:	I	1264	1130	76	1	1207
92	I	15	Campania	3	Costruzioni:	I	8293	6980	687	30	7697
92	I	16	Puglia	3	Costruzioni:	I	10807	9403	695	29	10127
92	I	17	Basilicata	3	Costruzioni:	I	2162	1933	134	13	2080
92	I	18	Calabria	3	Costruzioni:	I	3377	2960	267	14	3241
92	I	19	Sicilia	3	Costruzioni:	I	9947	8550	763	51	9364
92	I	20	Sardegna	3	Costruzioni:	I	5781	4967	257	6	5230
92	I	1	Piemonte	4	Elettricità, g	I	462	416	8	0	424
92	I	2	Valle d'Aosta	4	Elettricità, g	I	19	19	0	0	19
92	I	3	Lombardia	4	Elettricità, g	I	911	838	24	3	865
92	I	4	Trentino Alto Adige	4	Elettricità, g	I	179	163	8	0	171
92	I	5	Veneto	4	Elettricità, g	I	617	543	9	3	555
92	I	6	Friuli Ven. Giulia	4	Elettricità, g	I	262	235	6	1	242
92	I	7	Liguria	4	Elettricità, g	I	522	467	25	0	492

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
92	I	8	Emilia Romagna	4	Elettricità, g	I	595	540	14	0	554
92	I	9	Toscana	4	Elettricità, g	I	772	667	45	0	712
92	I	10	Umbria	4	Elettricità, g	I	171	161	6	0	167
92	I	11	Marche	4	Elettricità, g	I	168	146	13	0	159
92	I	12	Lazio	4	Elettricità, g	I	687	580	23	1	604
92	I	13	Abruzzo	4	Elettricità, g	I	140	121	5	0	126
92	I	14	Molise	4	Elettricità, g	I	26	22	3	0	25
92	I	15	Campania	4	Elettricità, g	I	571	452	27	2	481
92	I	16	Puglia	4	Elettricità, g	I	293	259	15	0	274
92	I	17	Basilicata	4	Elettricità, g	I	40	37	3	0	40
92	I	18	Calabria	4	Elettricità, g	I	118	96	13	0	109
92	I	19	Sicilia	4	Elettricità, g	I	395	347	22	1	370
92	I	20	Sardegna	4	Elettricità, g	I	353	285	12	0	297
92	I	1	Piemonte	5	Legno e affi	I	1769	1594	97	2	1693
92	I	2	Valle d'Aosta	5	Legno e affi	I	95	86	5	0	91
92	I	3	Lombardia	5	Legno e affi	I	5806	5319	286	2	5607
92	I	4	Trentino Alto Adige	5	Legno e affi	I	1347	1224	61	0	1285
92	I	5	Veneto	5	Legno e affi	I	6982	6309	209	5	6523
92	I	6	Friuli Ven Giulia	5	Legno e affi	I	2470	2179	101	1	2281
92	I	7	Liguria	5	Legno e affi	I	541	453	47	0	500
92	I	8	Emilia Romagna	5	Legno e affi	I	2950	2691	139	1	2831
92	I	9	Toscana	5	Legno e affi	I	3383	2894	242	3	3139
92	I	10	Umbria	5	Legno e affi	I	865	766	66	0	832
92	I	11	Marche	5	Legno e affi	I	2352	2069	130	0	2199
92	I	12	Lazio	5	Legno e affi	I	996	849	74	1	924
92	I	13	Abruzzo	5	Legno e affi	I	785	687	42	2	731
92	I	14	Molise	5	Legno e affi	I	117	109	7	0	116
92	I	15	Campania	5	Legno e affi	I	958	812	102	0	914
92	I	16	Puglia	5	Legno e affi	I	1488	1315	110	2	1427
92	I	17	Basilicata	5	Legno e affi	I	169	150	15	0	165
92	I	18	Calabria	5	Legno e affi	I	482	425	41	0	466
92	I	19	Sicilia	5	Legno e affi	I	1106	981	77	0	1058
92	I	20	Sardegna	5	Legno e affi	I	587	495	41	0	536
92	I	1	Piemonte	6	Metallurgia,	I	19594	17793	458	10	18261
92	I	2	Valle d'Aosta	6	Metallurgia,	I	464	426	14	0	440
92	I	3	Lombardia	6	Metallurgia,	I	40575	37317	1068	35	38420
92	I	4	Trentino Alto Adige	6	Metallurgia,	I	2918	2717	72	0	2789
92	I	5	Veneto	6	Metallurgia,	I	23249	21043	503	10	21556
92	I	6	Friuli Ven Giulia	6	Metallurgia,	I	6070	5437	143	4	5584
92	I	7	Liguria	6	Metallurgia,	I	6457	5654	271	3	5928
92	I	8	Emilia Romagna	6	Metallurgia,	I	22402	20648	633	13	21294
92	I	9	Toscana	6	Metallurgia,	I	13038	11255	524	6	11785
92	I	10	Umbria	6	Metallurgia,	I	3576	3260	179	2	3441
92	I	11	Marche	6	Metallurgia,	I	6571	5883	253	1	6137
92	I	12	Lazio	6	Metallurgia,	I	5718	4984	159	7	5150
92	I	13	Abruzzo	6	Metallurgia,	I	4018	3591	107	3	3701
92	I	14	Molise	6	Metallurgia,	I	666	622	20	0	642
92	I	15	Campania	6	Metallurgia,	I	8419	7436	363	2	7801
92	I	16	Puglia	6	Metallurgia,	I	8405	7547	314	9	7870
92	I	17	Basilicata	6	Metallurgia,	I	887	823	36	1	860
92	I	18	Calabria	6	Metallurgia,	I	1510	1364	89	2	1455
92	I	19	Sicilia	6	Metallurgia,	I	5251	4683	243	13	4939
92	I	20	Sardegna	6	Metallurgia,	I	2192	1818	84	6	1908
92	I	1	Piemonte	7	Mineraria,	I	1769	1593	65	4	1662
92	I	2	Valle d'Aosta	7	Mineraria,	I	62	56	2	0	58
92	I	3	Lombardia	7	Mineraria,	I	3585	3286	125	3	3414
92	I	4	Trentino Alto Adige	7	Mineraria,	I	929	854	22	0	876
92	I	5	Veneto	7	Mineraria,	I	3709	3361	90	2	3453
92	I	6	Friuli Ven Giulia	7	Mineraria,	I	782	688	24	3	715
92	I	7	Liguria	7	Mineraria,	I	709	612	32	2	646
92	I	8	Emilia Romagna	7	Mineraria,	I	5484	5088	182	4	5274
92	I	9	Toscana	7	Mineraria,	I	4151	3509	222	3	3734
92	I	10	Umbria	7	Mineraria,	I	862	784	36	2	822
92	I	11	Marche	7	Mineraria,	I	981	875	52	1	928
92	I	12	Lazio	7	Mineraria,	I	1468	1312	38	3	1353
92	I	13	Abruzzo	7	Mineraria,	I	1291	1129	45	4	1178
92	I	14	Molise	7	Mineraria,	I	216	197	8	1	206

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
92	I	15	Campania	7	Mineraria,	I	1152	1007	71	1	1079
92	I	16	Puglia	7	Mineraria,	I	1376	1204	87	2	1293
92	I	17	Basilicata	7	Mineraria,	I	328	299	18	0	317
92	I	18	Calabria	7	Mineraria,	I	435	386	32	0	418
92	I	19	Sicilia	7	Mineraria,	I	1531	1370	100	3	1473
92	I	20	Sardegna	7	Mineraria,	I	1598	1413	62	0	1475
92	I	1	Piemonte	8	Tessile e ab	I	2700	2434	66	1	2501
92	I	2	Valle d'Aosta	8	Tessile e ab	I	13	11	0	0	11
92	I	3	Lombardia	8	Tessile e ab	I	7890	7288	147	5	7440
92	I	4	Trentino Alto Adige	8	Tessile e ab	I	305	284	7	0	291
92	I	5	Veneto	8	Tessile e ab	I	5069	4464	78	3	4545
92	I	6	Friuli Ven. Giulia	8	Tessile e ab	I	516	465	5	1	471
92	I	7	Liguria	8	Tessile e ab	I	173	156	4	0	160
92	I	8	Emilia Romagna	8	Tessile e ab	I	2738	2462	91	1	2554
92	I	9	Toscana	8	Tessile e ab	I	5530	4826	262	7	5095
92	I	10	Umbria	8	Tessile e ab	I	679	607	34	0	641
92	I	11	Marche	8	Tessile e ab	I	1734	1540	56	1	1597
92	I	12	Lazio	8	Tessile e ab	I	520	451	23	0	474
92	I	13	Abruzzo	8	Tessile e ab	I	967	839	11	0	850
92	I	14	Molise	8	Tessile e ab	I	100	91	2	0	93
92	I	15	Campania	8	Tessile e ab	I	671	599	26	1	626
92	I	16	Puglia	8	Tessile e ab	I	1465	1299	42	0	1341
92	I	17	Basilicata	8	Tessile e ab	I	156	148	3	0	151
92	I	18	Calabria	8	Tessile e ab	I	139	127	7	0	134
92	I	19	Sicilia	8	Tessile e ab	I	220	189	16	0	205
92	I	20	Sardegna	8	Tessile e ab	I	191	161	13	0	174
92	I	1	Piemonte	9	Trasporti, c	I	4304	3859	164	11	4034
92	I	2	Valle d'Aosta	9	Trasporti, c	I	162	144	9	0	153
92	I	3	Lombardia	9	Trasporti, c	I	10626	9559	399	23	9981
92	I	4	Trentino Alto Adige	9	Trasporti, c	I	1466	1336	45	5	1386
92	I	5	Veneto	9	Trasporti, c	I	6693	5873	179	22	6074
92	I	6	Friuli Ven Giulia	9	Trasporti, c	I	1777	1561	54	1	1616
92	I	7	Liguria	9	Trasporti, c	I	3258	2848	164	6	3018
92	I	8	Emilia Romagna	9	Trasporti, c	I	8597	7667	436	23	8126
92	I	9	Toscana	9	Trasporti, c	I	6374	5339	383	8	5730
92	I	10	Umbria	9	Trasporti, c	I	1441	1271	90	5	1366
92	I	11	Marche	9	Trasporti, c	I	2267	1941	142	9	2092
92	I	12	Lazio	9	Trasporti, c	I	4724	4063	186	8	4257
92	I	13	Abruzzo	9	Trasporti, c	I	1336	1178	61	2	1241
92	I	14	Molise	9	Trasporti, c	I	235	203	19	4	226
92	I	15	Campania	9	Trasporti, c	I	3630	3127	235	11	3373
92	I	16	Puglia	9	Trasporti, c	I	2798	2469	177	15	2661
92	I	17	Basilicata	9	Trasporti, c	I	240	204	23	1	228
92	I	18	Calabria	9	Trasporti, c	I	804	712	57	6	775
92	I	19	Sicilia	9	Trasporti, c	I	2120	1836	154	16	2006
92	I	20	Sardegna	9	Trasporti, c	I	1475	1186	89	6	1281
92	I	1	Piemonte	10	Varie	I	10174	8821	211	13	9045
92	I	2	Valle d'Aosta	10	Varie	I	525	438	24	1	463
92	I	3	Lombardia	10	Varie	I	23539	20722	500	26	21248
92	I	4	Trentino Alto Adige	10	Varie	I	3700	3329	67	5	3401
92	I	5	Veneto	10	Varie	I	13894	11776	223	14	12013
92	I	6	Friuli Ven Giulia	10	Varie	I	4390	3673	107	5	3785
92	I	7	Liguria	10	Varie	I	8971	7591	297	0	7888
92	I	8	Emilia Romagna	10	Varie	I	18554	16360	552	17	16929
92	I	9	Toscana	10	Varie	I	16701	13595	642	7	14244
92	I	10	Umbria	10	Varie	I	3616	3063	206	2	3271
92	I	11	Marche	10	Varie	I	4692	4005	228	5	4238
92	I	12	Lazio	10	Varie	I	15637	13083	329	11	13423
92	I	13	Abruzzo	10	Varie	I	3362	2889	103	4	2996
92	I	14	Molise	10	Varie	I	460	413	17	0	430
92	I	15	Campania	10	Varie	I	7763	6250	388	8	6646
92	I	16	Puglia	10	Varie	I	8460	6801	367	14	7182
92	I	17	Basilicata	10	Varie	I	595	535	17	0	552
92	I	18	Calabria	10	Varie	I	2036	1772	111	5	1888
92	I	19	Sicilia	10	Varie	I	6729	5632	337	8	5977
92	I	20	Sardegna	10	Varie	I	3329	2566	128	1	2695
92	I	1	Piemonte	11	Indetermina	I	11354	825	18	0	843

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
92	I	2	Valle d'Aosta	11	Indetermina	I	468	48	0	1	49
92	I	3	Lombardia	11	Indetermina	I	17293	592	16	1	609
92	I	4	Trentino Alto Adige	11	Indetermina	I	3107	67	2	0	69
92	I	5	Veneto	11	Indetermina	I	14909	303	7	1	311
92	I	6	Friuli Ven Giulia	11	Indetermina	I	4751	87	2	0	89
92	I	7	Liguria	11	Indetermina	I	7022	360	27	3	390
92	I	8	Emilia Romagna	11	Indetermina	I	17279	568	17	1	586
92	I	9	Toscana	11	Indetermina	I	13715	563	29	2	594
92	I	10	Umbria	11	Indetermina	I	2621	88	7	1	96
92	I	11	Marche	11	Indetermina	I	4283	117	1	1	119
92	I	12	Lazio	11	Indetermina	I	13603	556	14	1	571
92	I	13	Abruzzo	11	Indetermina	I	6765	121	12	2	135
92	I	14	Molise	11	Indetermina	I	1590	116	2	0	118
92	I	15	Campania	11	Indetermina	I	14065	293	28	5	326
92	I	16	Puglia	11	Indetermina	I	10085	444	35	2	481
92	I	17	Basilicata	11	Indetermina	I	1359	22	2	0	24
92	I	18	Calabria	11	Indetermina	I	3347	243	21	3	267
92	I	19	Sicilia	11	Indetermina	I	7381	374	42	1	417
92	I	20	Sardegna	11	Indetermina	I	3227	297	30	0	327
93	I	1	Piemonte	1	Lavorazioni	I	2154	1978	56	4	2038
93	I	2	Valle d'Aosta	1	Lavorazioni	I	99	85	2		87
93	I	3	Lombardia	1	Lavorazioni	I	4833	4396	148	2	4546
93	I	4	Trentino Alto Adige	1	Lavorazioni	I	649	591	21	1	613
93	I	5	Veneto	1	Lavorazioni	I	3159	2821	74	1	2896
93	I	6	Friuli Ven. Giulia	1	Lavorazioni	I	767	704	16		720
93	I	7	Liguria	1	Lavorazioni	I	647	558	31		589
93	I	8	Emilia Romagna	1	Lavorazioni	I	5349	4859	187	4	5050
93	I	9	Toscana	1	Lavorazioni	I	1868	1585	111	3	1699
93	I	10	Umbria	1	Lavorazioni	I	1030	874	62	2	938
93	I	11	Marche	1	Lavorazioni	I	1054	919	51	5	975
93	I	12	Lazio	1	Lavorazioni	I	1884	1642	55	2	1699
93	I	13	Abruzzo	1	Lavorazioni	I	861	766	28		794
93	I	14	Molise	1	Lavorazioni	I	256	227	9		236
93	I	15	Campania	1	Lavorazioni	I	1587	1314	107	7	1428
93	I	16	Puglia	1	Lavorazioni	I	1400	1233	93	2	1328
93	I	17	Basilicata	1	Lavorazioni	I	302	267	23	1	291
93	I	18	Calabria	1	Lavorazioni	I	493	419	41	1	461
93	I	19	Sicilia	1	Lavorazioni	I	700	620	43	1	664
93	I	20	Sardegna	1	Lavorazioni	I	652	563	38		601
93	I	1	Piemonte	2	Chimica, m	I	3568	3227	105	5	3337
93	I	2	Valle d'Aosta	2	Chimica, m	I	27	23	1		24
93	I	3	Lombardia	2	Chimica, m	I	9673	8820	268	8	9096
93	I	4	Trentino Alto Adige	2	Chimica, m	I	814	741	17		758
93	I	5	Veneto	2	Chimica, m	I	4700	4190	110	5	4305
93	I	6	Friuli Ven. Giulia	2	Chimica, m	I	992	914	28		942
93	I	7	Liguria	2	Chimica, m	I	701	603	33	1	637
93	I	8	Emilia Romagna	2	Chimica, m	I	3796	3407	151	4	3562
93	I	9	Toscana	2	Chimica, m	I	3302	2842	137	2	2981
93	I	10	Umbria	2	Chimica, m	I	592	509	37	1	547
93	I	11	Marche	2	Chimica, m	I	1714	1526	65	3	1594
93	I	12	Lazio	2	Chimica, m	I	2094	1835	48		1883
93	I	13	Abruzzo	2	Chimica, m	I	947	851	26		877
93	I	14	Molise	2	Chimica, m	I	125	117			117
93	I	15	Campania	2	Chimica, m	I	1201	1017	72	1	1090
93	I	16	Puglia	2	Chimica, m	I	861	763	50	2	815
93	I	17	Basilicata	2	Chimica, m	I	150	131	10		141
93	I	18	Calabria	2	Chimica, m	I	227	199	16		215
93	I	19	Sicilia	2	Chimica, m	I	663	589	33	2	624
93	I	20	Sardegna	2	Chimica, m	I	476	424	14		438
93	I	1	Piemonte	3	Costruzioni.	I	10309	9083	478	30	9591
93	I	2	Valle d'Aosta	3	Costruzioni.	I	977	849	50	3	902
93	I	3	Lombardia	3	Costruzioni	I	23229	20413	1223	55	21691
93	I	4	Trentino Alto Adige	3	Costruzioni:	I	4653	4228	167	6	4401
93	I	5	Veneto	3	Costruzioni:	I	15174	13233	497	26	13756
93	I	6	Friuli Ven Giulia	3	Costruzioni:	I	3418	3044	156	3	3203
93	I	7	Liguria	3	Costruzioni	I	5069	4264	323	8	4595
93	I	8	Emilia Romagna	3	Costruzioni:	I	14493	12817	655	23	13495

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
93	I	9	Toscana	3	Costruzioni:	I	13132	11070	693	14	11777
93	I	10	Umbria	3	Costruzioni:	I	3752	3241	245	1	3487
93	I	11	Marche	3	Costruzioni:	I	5146	4431	331	8	4770
93	I	12	Lazio	3	Costruzioni	I	8296	6930	429	20	7379
93	I	13	Abruzzo	3	Costruzioni	I	4679	4052	280	11	4343
93	I	14	Molise	3	Costruzioni:	I	1106	984	66	4	1054
93	I	15	Campania	3	Costruzioni.	I	6089	4940	530	27	5497
93	I	16	Puglia	3	Costruzioni:	I	8330	7167	583	17	7767
93	I	17	Basilicata	3	Costruzioni	I	1891	1616	153	2	1771
93	I	18	Calabria	3	Costruzioni.	I	2996	2608	254	8	2870
93	I	19	Sicilia	3	Costruzioni:	I	8361	7043	674	30	7747
93	I	20	Sardegna	3	Costruzioni.	I	4682	4063	267	10	4340
93	I	1	Piemonte	4	Elettricità, g	I	484	425	19	4	448
93	I	2	Valle d'Aosta	4	Elettricità, g	I	27	25	2		27
93	I	3	Lombardia	4	Elettricità, g	I	825	727	24	2	753
93	I	4	Trentino Alto Adige	4	Elettricità, g	I	191	170	9	1	180
93	I	5	Veneto	4	Elettricità, g	I	546	470	15	3	488
93	I	6	Friuli Ven. Giulia	4	Elettricità, g	I	219	191	5	2	198
93	I	7	Liguria	4	Elettricità, g	I	463	412	23		435
93	I	8	Emilia Romagna	4	Elettricità, g	I	524	457	25		482
93	I	9	Toscana	4	Elettricità, g	I	677	570	31	1	602
93	I	10	Umbria	4	Elettricità, g	I	172	147	8		155
93	I	11	Marche	4	Elettricità, g	I	191	160	8	1	169
93	I	12	Lazio	4	Elettricità, g	I	677	559	15		574
93	I	13	Abruzzo	4	Elettricità, g	I	134	112	8		120
93	I	14	Molise	4	Elettricità, g	I	25	22			22
93	I	15	Campania	4	Elettricità, g	I	531	425	33	1	459
93	I	16	Puglia	4	Elettricità, g	I	276	236	12	1	249
93	I	17	Basilicata	4	Elettricità, g	I	52	41	5		46
93	I	18	Calabria	4	Elettricità, g	I	140	127	11		138
93	I	19	Sicilia	4	Elettricità, g	I	422	350	22	1	373
93	I	20	Sardegna	4	Elettricità, g	I	367	301	15		316
93	I	1	Piemonte	5	Legno e affi	I	1482	1308	91	2	1401
93	I	2	Valle d'Aosta	5	Legno e affi	I	79	67	6		73
93	I	3	Lombardia	5	Legno e affi	I	5362	4810	304	3	5117
93	I	4	Trentino Alto Adige	5	Legno e affi	I	1252	1149	48		1197
93	I	5	Veneto	5	Legno e affi	I	6179	5519	217	3	5739
93	I	6	Friuli Ven. Giulia	5	Legno e affi	I	2108	1914	93		2007
93	I	7	Liguria	5	Legno e affi	I	454	390	39		429
93	I	8	Emilia Romagna	5	Legno e affi	I	2693	2426	131	1	2558
93	I	9	Toscana	5	Legno e affi	I	2909	2513	205	1	2719
93	I	10	Umbria	5	Legno e affi	I	745	656	47		703
93	I	11	Marche	5	Legno e affi	I	2044	1791	116	1	1908
93	I	12	Lazio	5	Legno e affi	I	867	743	56		799
93	I	13	Abruzzo	5	Legno e affi	I	668	576	41	1	618
93	I	14	Molise	5	Legno e affi	I	95	84	6		90
93	I	15	Campania	5	Legno e affi	I	840	688	95		783
93	I	16	Puglia	5	Legno e affi	I	1381	1190	118	3	1311
93	I	17	Basilicata	5	Legno e affi	I	146	124	19		143
93	I	18	Calabria	5	Legno e affi	I	535	466	46	1	513
93	I	19	Sicilia	5	Legno e affi	I	987	863	84		947
93	I	20	Sardegna	5	Legno e affi	I	571	491	50		541
93	I	1	Piemonte	6	Metallurgia,	I	16348	14768	377	12	15157
93	I	2	Valle d'Aosta	6	Metallurgia,	I	391	357	14		371
93	I	3	Lombardia	6	Metallurgia,	I	34883	31958	957	30	32945
93	I	4	Trentino Alto Adige	6	Metallurgia,	I	2669	2462	57	2	2521
93	I	5	Veneto	6	Metallurgia,	I	20997	19004	424	18	19446
93	I	6	Friuli Ven Giulia	6	Metallurgia,	I	4959	4466	146	4	4616
93	I	7	Liguria	6	Metallurgia,	I	5490	4732	276	3	5011
93	I	8	Emilia Romagna	6	Metallurgia,	I	19953	18193	604	11	18808
93	I	9	Toscana	6	Metallurgia,	I	11173	9616	445	7	10068
93	I	10	Umbria	6	Metallurgia,	I	2897	2575	164		2739
93	I	11	Marche	6	Metallurgia,	I	5966	5295	234	1	5530
93	I	12	Lazio	6	Metallurgia,	I	5047	4436	148	4	4588
93	I	13	Abruzzo	6	Metallurgia,	I	3436	3078	98	9	3185
93	I	14	Molise	6	Metallurgia,	I	564	505	22		527
93	I	15	Campania	6	Metallurgia,	I	6649	5796	290	8	6094

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
93	I	16	Puglia	6	Metallurgia,	I	7085	6313	304	5	6622
93	I	17	Basilicata	6	Metallurgia,	I	826	741	35	1	777
93	I	18	Calabria	6	Metallurgia,	I	1370	1208	86	1	1295
93	I	19	Sicilia	6	Metallurgia,	I	4238	3769	186	11	3966
93	I	20	Sardegna	6	Metallurgia,	I	1851	1593	69	4	1666
93	I	1	Piemonte	7	Mineraria,	I	1433	1310	46	2	1358
93	I	2	Valle d'Aosta	7	Mineraria,	I	48	44	1		45
93	I	3	Lombardia	7	Mineraria,	I	3022	2773	104	6	2883
93	I	4	Trentino Alto Adige	7	Mineraria,	I	663	619	17		636
93	I	5	Veneto	7	Mineraria,	I	3337	3022	83	2	3107
93	I	6	Friuli Ven Giulia	7	Mineraria,	I	599	551	13		564
93	I	7	Liguria	7	Mineraria,	I	532	468	29	1	498
93	I	8	Emilia Romagna	7	Mineraria,	I	4985	4617	176	7	4800
93	I	9	Toscana	7	Mineraria,	I	3702	3165	183	7	3355
93	I	10	Umbria	7	Mineraria,	I	727	638	40	1	679
93	I	11	Marche	7	Mineraria,	I	798	698	48	5	751
93	I	12	Lazio	7	Mineraria,	I	1265	1074	71	2	1147
93	I	13	Abruzzo	7	Mineraria,	I	897	798	41	2	841
93	I	14	Molise	7	Mineraria,	I	155	135	10	1	146
93	I	15	Campania	7	Mineraria,	I	873	746	55	5	806
93	I	16	Puglia	7	Mineraria,	I	1062	931	67	5	1003
93	I	17	Basilicata	7	Mineraria,	I	278	243	23		266
93	I	18	Calabria	7	Mineraria,	I	366	330	24	2	356
93	I	19	Sicilia	7	Mineraria,	I	1213	1065	82	2	1149
93	I	20	Sardegna	7	Mineraria,	I	1164	1051	44	2	1097
93	I	1	Piemonte	8	Tessile e ab	I	2391	2127	65	2	2194
93	I	2	Valle d'Aosta	8	Tessile e ab	I	19	16	1		17
93	I	3	Lombardia	8	Tessile e ab	I	6731	6139	189	3	6331
93	I	4	Trentino Alto Adige	8	Tessile e ab	I	260	240	5		245
93	I	5	Veneto	8	Tessile e ab	I	4410	3835	77	1	3913
93	I	6	Friuli Ven Giulia	8	Tessile e ab	I	490	450	12	1	463
93	I	7	Liguria	8	Tessile e ab	I	184	165	5	1	171
93	I	8	Emilia Romagna	8	Tessile e ab	I	2233	1976	89		2065
93	I	9	Toscana	8	Tessile e ab	I	4982	4372	230	3	4605
93	I	10	Umbria	8	Tessile e ab	I	585	511	24		535
93	I	11	Marche	8	Tessile e ab	I	1435	1237	52	1	1290
93	I	12	Lazio	8	Tessile e ab	I	541	455	18		473
93	I	13	Abruzzo	8	Tessile e ab	I	847	740	18	1	759
93	I	14	Molise	8	Tessile e ab	I	102	97	2		99
93	I	15	Campania	8	Tessile e ab	I	558	477	26		503
93	I	16	Puglia	8	Tessile e ab	I	1353	1207	45	3	1255
93	I	17	Basilicata	8	Tessile e ab	I	156	149	1		150
93	I	18	Calabria	8	Tessile e ab	I	206	189	6		195
93	I	19	Sicilia	8	Tessile e ab	I	195	173	9		182
93	I	20	Sardegna	8	Tessile e ab	I	176	153	9		162
93	I	1	Piemonte	9	Trasporti, c	I	4070	3618	165	11	3794
93	I	2	Valle d'Aosta	9	Trasporti, c	I	124	101	13		114
93	I	3	Lombardia	9	Trasporti, c	I	9900	8739	386	18	9143
93	I	4	Trentino Alto Adige	9	Trasporti, c	I	1278	1134	50	6	1190
93	I	5	Veneto	9	Trasporti, c	I	6455	5620	210	7	5837
93	I	6	Friuli Ven Giulia	9	Trasporti, c	I	1646	1430	73	2	1505
93	I	7	Liguria	9	Trasporti, c	I	2841	2413	176	8	2597
93	I	8	Emilia Romagna	9	Trasporti, c	I	8294	7375	391	16	7782
93	I	9	Toscana	9	Trasporti, c	I	5838	4908	299	4	5211
93	I	10	Umbria	9	Trasporti, c	I	1295	1125	68	2	1195
93	I	11	Marche	9	Trasporti, c	I	2131	1832	123	7	1962
93	I	12	Lazio	9	Trasporti, c	I	4632	3940	149	13	4102
93	I	13	Abruzzo	9	Trasporti, c	I	1239	1093	60	5	1158
93	I	14	Molise	9	Trasporti, c	I	226	190	21		211
93	I	15	Campania	9	Trasporti, c	I	3263	2763	201	10	2974
93	I	16	Puglia	9	Trasporti, c	I	2629	2313	163	11	2487
93	I	17	Basilicata	9	Trasporti, c	I	243	211	18	1	230
93	I	18	Calabria	9	Trasporti, c	I	802	692	78		770
93	I	19	Sicilia	9	Trasporti, c	I	2147	1846	141	14	2001
93	I	20	Sardegna	9	Trasporti, c	I	1487	1275	66	5	1346
93	I	1	Piemonte	10	Varie	I	9881	8338	237	17	8592
93	I	2	Valle d'Aosta	10	Varie	I	512	430	19		449

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
93	I	3	Lombardia	10	Varie	I	23176	20100	499	22	20621
93	I	4	Trentino Alto Adige	10	Varie	I	3629	3219	74	3	3296
93	I	5	Veneto	10	Varie	I	13706	11359	306	12	11677
93	I	6	Friuli Ven. Giulia	10	Varie	I	4100	3440	96	8	3544
93	I	7	Liguria	10	Varie	I	8232	6857	290	2	7149
93	I	8	Emilia Romagna	10	Varie	I	18027	15568	557	12	16137
93	I	9	Toscana	10	Varie	I	15777	12598	558	7	13163
93	I	10	Umbria	10	Varie	I	3304	2724	158		2882
93	I	11	Marche	10	Varie	I	4836	4072	190	7	4269
93	I	12	Lazio	10	Varie	I	15088	12447	327	8	12782
93	I	13	Abruzzo	10	Varie	I	3264	2828	119	4	2951
93	I	14	Molise	10	Varie	I	493	426	13	1	440
93	I	15	Campania	10	Varie	I	7500	5934	393	10	6337
93	I	16	Puglia	10	Varie	I	8258	6787	327	16	7130
93	I	17	Basilicata	10	Varie	I	692	570	37	1	608
93	I	18	Calabria	10	Varie	I	2052	1768	136	3	1907
93	I	19	Sicilia	10	Varie	I	6525	5332	275	10	5617
93	I	20	Sardegna	10	Varie	I	3492	2699	115	4	2818
93	I	1	Piemonte	11	Indetermina	I	10391	109	4		113
93	I	2	Valle d'Aosta	11	Indetermina	I	643		1		1
93	I	3	Lombardia	11	Indetermina	I	15006	82	6		88
93	I	4	Trentino Alto Adige	11	Indetermina	I	3281	7	2	1	10
93	I	5	Veneto	11	Indetermina	I	14340	54	2		56
93	I	6	Friuli Ven Giulia	11	Indetermina	I	3716	29	1		30
93	I	7	Liguria	11	Indetermina	I	6680	47	11	1	59
93	I	8	Emilia Romagna	11	Indetermina	I	17026	60	11		71
93	I	9	Toscana	11	Indetermina	I	10924	48	2		50
93	I	10	Umbria	11	Indetermina	I	2518	19	5		24
93	I	11	Marche	11	Indetermina	I	4936	6	3		9
93	I	12	Lazio	11	Indetermina	I	11901	72	3		75
93	I	13	Abruzzo	11	Indetermina	I	6947	27	3		30
93	I	14	Molise	11	Indetermina	I	1138	9			9
93	I	15	Campania	11	Indetermina	I	10912	50	16		66
93	I	16	Puglia	11	Indetermina	I	7999	64	11		75
93	I	17	Basilicata	11	Indetermina	I	1321	1			1
93	I	18	Calabria	11	Indetermina	I	2878	108	10	2	120
93	I	19	Sicilia	11	Indetermina	I	6399	48	4		52
93	I	20	Sardegna	11	Indetermina	I	2565	60	6		66
94	I	1	Piemonte	1	Lavorazioni	I	2008	1753	72	4	1829
94	I	2	Valle d'Aosta	1	Lavorazioni	I	104	90	5		95
94	I	3	Lombardia	1	Lavorazioni	I	4629	4171	149	8	4328
94	I	4	Trentino Alto Adige	1	Lavorazioni	I	664	581	31	1	613
94	I	5	Veneto	1	Lavorazioni	I	3202	2763	97	6	2866
94	I	6	Friuli Ven Giulia	1	Lavorazioni	I	687	602	19		621
94	I	7	Liguria	1	Lavorazioni	I	645	500	60	1	561
94	I	8	Emilia Romagna	1	Lavorazioni	I	4825	4312	183	5	4500
94	I	9	Toscana	1	Lavorazioni	I	1863	1564	120	3	1687
94	I	10	Umbria	1	Lavorazioni	I	1009	868	54	1	923
94	I	11	Marche	1	Lavorazioni	I	1050	903	70	4	977
94	I	12	Lazio	1	Lavorazioni	I	1840	1578	43	2	1623
94	I	13	Abruzzo	1	Lavorazioni	I	755	641	37	1	679
94	I	14	Molise	1	Lavorazioni	I	230	205	14		219
94	I	15	Campania	1	Lavorazioni	I	1548	1358	72		1430
94	I	16	Puglia	1	Lavorazioni	I	1247	1082	74	6	1162
94	I	17	Basilicata	1	Lavorazioni	I	310	265	17		282
94	I	18	Calabria	1	Lavorazioni	I	465	403	41	7	451
94	I	19	Sicilia	1	Lavorazioni	I	719	631	40	1	672
94	I	20	Sardegna	1	Lavorazioni	I	602	519	28	1	548
94	I	1	Piemonte	2	Chimica, m	I	3637	3272	75	1	3348
94	I	2	Valle d'Aosta	2	Chimica, m	I	22	19	1		20
94	I	3	Lombardia	2	Chimica, m	I	9864	8819	287	8	9114
94	I	4	Trentino Alto Adige	2	Chimica, m	I	812	740	18		758
94	I	5	Veneto	2	Chimica, m	I	5070	4501	99	3	4603
94	I	6	Friuli Ven Giulia	2	Chimica, m	I	945	850	18		868
94	I	7	Liguria	2	Chimica, m	I	638	538	41	1	580
94	I	8	Emilia Romagna	2	Chimica, m	I	3883	3514	116	1	3631
94	I	9	Toscana	2	Chimica, m	I	3244	2763	155	4	2922

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
94	I	10	Umbria	2	Chimica, m	I	550	464	35		499
94	I	11	Marche	2	Chimica, m	I	1667	1474	63	2	1539
94	I	12	Lazio	2	Chimica, m	I	1953	1652	54		1706
94	I	13	Abruzzo	2	Chimica, m	I	987	863	24		887
94	I	14	Molise	2	Chimica, m	I	114	102	4		106
94	I	15	Campania	2	Chimica, m	I	1096	929	68	1	998
94	I	16	Puglia	2	Chimica, m	I	800	671	43	3	717
94	I	17	Basilicata	2	Chimica, m	I	164	145	5	1	151
94	I	18	Calabria	2	Chimica, m	I	221	198	16		214
94	I	19	Sicilia	2	Chimica, m	I	561	481	31		512
94	I	20	Sardegna	2	Chimica, m	I	454	382	16	1	399
94	I	1	Piemonte	3	Costruzioni	I	9572	8376	453	28	8857
94	I	2	Valle d'Aosta	3	Costruzioni	I	660	555	44		599
94	I	3	Lombardia	3	Costruzioni	I	21570	18749	1067	29	19845
94	I	4	Trentino Alto Adige	3	Costruzioni.	I	4541	4014	174	9	4197
94	I	5	Veneto	3	Costruzioni	I	14222	12254	497	20	12771
94	I	6	Friuli Ven Giulia	3	Costruzioni.	I	3246	2753	163	6	2922
94	I	7	Liguria	3	Costruzioni.	I	4663	3840	284	10	4134
94	I	8	Emilia Romagna	3	Costruzioni	I	13400	11644	651	18	12313
94	I	9	Toscana	3	Costruzioni.	I	12170	10110	586	21	10717
94	I	10	Umbria	3	Costruzioni	I	3499	2992	243	6	3241
94	I	11	Marche	3	Costruzioni	I	4912	4207	317	7	4531
94	I	12	Lazio	3	Costruzioni:	I	7097	5900	349	15	6264
94	I	13	Abruzzo	3	Costruzioni:	I	4077	3469	217	9	3695
94	I	14	Molise	3	Costruzioni:	I	1048	932	53	1	986
94	I	15	Campania	3	Costruzioni:	I	5249	4215	458	32	4705
94	I	16	Puglia	3	Costruzioni:	I	7587	6468	523	31	7022
94	I	17	Basilicata	3	Costruzioni:	I	1601	1372	96	11	1479
94	I	18	Calabria	3	Costruzioni:	I	2625	2279	218	14	2511
94	I	19	Sicilia	3	Costruzioni:	I	6709	5616	503	21	6140
94	I	20	Sardegna	3	Costruzioni:	I	3892	3328	177	10	3515
94	I	1	Piemonte	4	Elettricità, g	I	477	408	11		419
94	I	2	Valle d'Aosta	4	Elettricità, g	I	21	18			18
94	I	3	Lombardia	4	Elettricità, g	I	839	707	28	1	736
94	I	4	Trentino Alto Adige	4	Elettricità, g	I	182	157	7		164
94	I	5	Veneto	4	Elettricità, g	I	532	441	17	4	462
94	I	6	Friuli Ven. Giulia	4	Elettricità, g	I	192	154	10		164
94	I	7	Liguna	4	Elettricità, g	I	423	369	23		392
94	I	8	Emilia Romagna	4	Elettricità, g	I	529	459	19	1	479
94	I	9	Toscana	4	Elettricità, g	I	566	461	21		482
94	I	10	Umbria	4	Elettricità, g	I	140	120	5	1	126
94	I	11	Marche	4	Elettricità, g	I	175	134	13	1	148
94	I	12	Lazio	4	Elettricità, g	I	603	478	13		491
94	I	13	Abruzzo	4	Elettricità, g	I	133	110	6		116
94	I	14	Molise	4	Elettricità, g	I	31	28			28
94	I	15	Campania	4	Elettricità, g	I	473	361	22		383
94	I	16	Puglia	4	Elettricità, g	I	241	195	15		210
94	I	17	Basilicata	4	Elettricità, g	I	33	29	4		33
94	I	18	Calabria	4	Elettricità, g	I	114	101	6	2	109
94	I	19	Sicilia	4	Elettricità, g	I	404	341	15	1	357
94	I	20	Sardegna	4	Elettricità, g	I	322	271	13	1	285
94	I	1	Piemonte	5	Legno e affi	I	1523	1331	93	1	1425
94	I	2	Valle d'Aosta	5	Legno e affi	I	72	62	5		67
94	I	3	Lombardia	5	Legno e affi	I	5082	4594	232	1	4827
94	I	4	Trentino Alto Adige	5	Legno e affi	I	1221	1091	53	3	1147
94	I	5	Veneto	5	Legno e affi	I	6032	5334	207	2	5543
94	I	6	Friuli Ven Giulia	5	Legno e affi	I	2352	2082	86	2	2170
94	I	7	Liguria	5	Legno e affi	I	509	432	45		477
94	I	8	Emilia Romagna	5	Legno e affi	I	2465	2214	127	2	2343
94	I	9	Toscana	5	Legno e affi	I	2604	2232	185	1	2418
94	I	10	Umbria	5	Legno e affi	I	735	640	46		686
94	I	11	Marche	5	Legno e affi	I	2014	1779	99		1878
94	I	12	Lazio	5	Legno e affi	I	773	638	54		692
94	I	13	Abruzzo	5	Legno e affi	I	619	547	27		574
94	I	14	Molise	5	Legno e affi	I	91	77	6		83
94	I	15	Campania	5	Legno e affi	I	809	657	95		752
94	I	16	Puglia	5	Legno e affi	I	1250	1088	94	1	1183

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
94	I	17	Basilicata	5	Legno e affi	I	153	135	11		146
94	I	18	Calabria	5	Legno e affi	I	414	361	41		402
94	I	19	Sicilia	5	Legno e affi	I	865	779	58		837
94	I	20	Sardegna	5	Legno e affi	I	506	435	35		470
94	I	1	Piemonte	6	Metallurgia,	I	16736	15026	369	14	15409
94	I	2	Valle d'Aosta	6	Metallurgia,	I	316	287	8		295
94	I	3	Lombardia	6	Metallurgia,	I	34732	31495	970	14	32479
94	I	4	Trentino Alto Adige	6	Metallurgia,	I	2716	2449	56		2505
94	I	5	Veneto	6	Metallurgia,	I	21451	19149	404	15	19568
94	I	6	Fnuli Ven. Giulia	6	Metallurgia,	I	4820	4277	114		4391
94	I	7	Liguria	6	Metallurgia,	I	4904	4164	324	4	4492
94	I	8	Emilia Romagna	6	Metallurgia,	I	19721	17791	627	5	18423
94	I	9	Toscana	6	Metallurgia,	I	10698	9313	333	6	9652
94	I	10	Umbria	6	Metallurgia,	I	2892	2537	148	1	2686
94	I	11	Marche	6	Metallurgia,	I	6019	5257	259	2	5518
94	I	12	Lazio	6	Metallurgia,	I	4700	4004	139	7	4150
94	I	13	Abruzzo	6	Metallurgia,	I	3360	3018	78		3096
94	I	14	Molise	6	Metallurgia,	I	516	458	19	2	479
94	I	15	Campania	6	Metallurgia,	I	6287	5352	268	3	5623
94	I	16	Puglia	6	Metallurgia,	I	6815	6025	300	16	6341
94	I	17	Basilicata	6	Metallurgia,	I	1182	1042	29		1071
94	I	18	Calabria	6	Metallurgia,	I	1332	1225	59	1	1285
94	I	19	Sicilia	6	Metallurgia,	I	3914	3465	183	2	3650
94	I	20	Sardegna	6	Metallurgia,	I	1651	1420	50	1	1471
94	I	1	Piemonte	7	Mineraria,	I	1358	1205	50		1255
94	I	2	Valle d'Aosta	7	Mineraria,	I	44	38	2		40
94	I	3	Lombardia	7	Mineraria,	I	2883	2616	114	3	2733
94	I	4	Trentino Alto Adige	7	Mineraria,	I	647	592	18		610
94	I	5	Veneto	7	Mineraria,	I	3317	2969	77	6	3052
94	I	6	Friuli Ven. Giulia	7	Mineraria,	I	575	505	15		520
94	I	7	Liguria	7	Mineraria,	I	523	440	33	1	474
94	I	8	Emilia Romagna	7	Mineraria,	I	4729	4314	162	5	4481
94	I	9	Toscana	7	Mineraria,	I	3338	2871	142	3	3016
94	I	10	Umbria	7	Mineraria,	I	651	570	37		607
94	I	11	Marche	7	Mineraria,	I	744	632	48	2	682
94	I	12	Lazio	7	Mineraria,	I	985	857	34	2	893
94	I	13	Abruzzo	7	Mineraria,	I	815	714	35		749
94	I	14	Molise	7	Mineraria,	I	138	117	11	1	129
94	I	15	Campania	7	Mineraria,	I	708	614	45	5	664
94	I	16	Puglia	7	Mineraria,	I	1056	928	70	3	1001
94	I	17	Basilicata	7	Mineraria,	I	245	211	13		224
94	I	18	Calabria	7	Mineraria,	I	298	258	30		288
94	I	19	Sicilia	7	Mineraria,	I	1115	987	66	4	1057
94	I	20	Sardegna	7	Mineraria,	I	983	841	52		893
94	I	1	Piemonte	8	Tessile e ab	I	2488	2218	61		2279
94	I	2	Valle d'Aosta	8	Tessile e ab	I	9	9			9
94	I	3	Lombardia	8	Tessile e ab	I	6780	6135	172	7	6314
94	I	4	Trentino Alto Adige	8	Tessile e ab	I	274	247	5		252
94	I	5	Veneto	8	Tessile e ab	I	4811	4129	78	4	4211
94	I	6	Friuli Ven. Giulia	8	Tessile e ab	I	549	475	9		484
94	I	7	Liguria	8	Tessile e ab	I	161	125	14		139
94	I	8	Emilia Romagna	8	Tessile e ab	I	2204	1885	68	1	1954
94	I	9	Toscana	8	Tessile e ab	I	5022	4345	209	1	4555
94	I	10	Umbria	8	Tessile e ab	I	572	480	25	2	507
94	I	11	Marche	8	Tessile e ab	I	1470	1262	44	1	1307
94	I	12	Lazio	8	Tessile e ab	I	504	425	7		432
94	I	13	Abruzzo	8	Tessile e ab	I	806	691	18		709
94	I	14	Molise	8	Tessile e ab	I	67	61	3		64
94	I	15	Campania	8	Tessile e ab	I	553	464	27		491
94	I	16	Puglia	8	Tessile e ab	I	1371	1215	47	2	1264
94	I	17	Basilicata	8	Tessile e ab	I	265	235	6		241
94	I	18	Calabria	8	Tessile e ab	I	163	150	8		158
94	I	19	Sicilia	8	Tessile e ab	I	176	154	7	1	162
94	I	20	Sardegna	8	Tessile e ab	I	153	135	8		143
94	I	1	Piemonte	9	Trasporti, c	I	4221	3706	144	14	3864
94	I	2	Valle d'Aosta	9	Trasporti, c	I	101	84	5	1	90
94	I	3	Lombardia	9	Trasporti, c	I	9810	8550	332	14	8896

TAV5

ANN	GESTI	CREG	REGIONE	GRGRUPP	DESCRIZI	E	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	TOTA
94	I	4	Trentino Alto Adige	9	Trasporti, c	I	1330	1177	45	4	1226
94	I	5	Veneto	9	Trasporti, c	I	6756	5860	176	17	6053
94	I	6	Friuli Ven Giulia	9	Trasporti, c	I	1698	1455	55	3	1513
94	I	7	Liguria	9	Trasporti, c	I	2695	2249	149	5	2403
94	I	8	Emilia Romagna	9	Trasporti, c	I	8031	7077	380	13	7470
94	I	9	Toscana	9	Trasporti, c	I	5668	4653	284	16	4953
94	I	10	Umbria	9	Trasporti, c	I	1254	1072	75	4	1151
94	I	11	Marche	9	Trasporti, c	I	2020	1699	125	5	1829
94	I	12	Lazio	9	Trasporti, c	I	4283	3598	123	12	3733
94	I	13	Abruzzo	9	Trasporti, c	I	1129	985	47	1	1033
94	I	14	Molise	9	Trasporti, c	I	227	198	13	1	212
94	I	15	Campania	9	Trasporti, c	I	2896	2417	179	16	2612
94	I	16	Puglia	9	Trasporti, c	I	2527	2173	171	9	2353
94	I	17	Basilicata	9	Trasporti, c	I	287	251	17		268
94	I	18	Calabria	9	Trasporti, c	I	779	675	53	5	733
94	I	19	Sicilia	9	Trasporti, c	I	1947	1662	119	10	1791
94	I	20	Sardegna	9	Trasporti, c	I	1479	1267	54	5	1326
94	I	1	Piemonte	10	Varie	I	10346	8575	235	13	8823
94	I	2	Valle d'Aosta	10	Varie	I	456	380	8	1	389
94	I	3	Lombardia	10	Varie	I	23745	19564	463	20	20047
94	I	4	Trentino Alto Adige	10	Varie	I	3794	3265	70	2	3337
94	I	5	Veneto	10	Varie	I	13812	11091	236	8	11335
94	I	6	Friuli Ven Giulia	10	Varie	I	4313	3412	99	7	3518
94	I	7	Liguria	10	Varie	I	8012	6256	305	1	6562
94	I	8	Emilia Romagna	10	Varie	I	18043	15403	469	11	15883
94	I	9	Toscana	10	Varie	I	14610	11572	439	4	12015
94	I	10	Umbria	10	Varie	I	3167	2565	130	2	2697
94	I	11	Marche	10	Varie	I	4670	3792	177	6	3975
94	I	12	Lazio	10	Varie	I	13620	10624	216	7	10847
94	I	13	Abruzzo	10	Varie	I	3028	2503	90	5	2598
94	I	14	Molise	10	Varie	I	468	404	17		421
94	I	15	Campania	10	Varie	I	7233	5444	264	7	5715
94	I	16	Puglia	10	Varie	I	7852	6532	313	12	6857
94	I	17	Basilicata	10	Varie	I	672	545	39		584
94	I	18	Calabria	10	Varie	I	2015	1686	91	2	1779
94	I	19	Sicilia	10	Varie	I	7086	5539	255	9	5803
94	I	20	Sardegna	10	Varie	I	3742	2780	79	6	2865
94	I	1	Piemonte	11	Indetermina	I	9214	47	2	1	50
94	I	2	Valle d'Aosta	11	Indetermina	I	668	1			1
94	I	3	Lombardia	11	Indetermina	I	14979	115	6	1	122
94	I	4	Trentino Alto Adige	11	Indetermina	I	3024	13			13
94	I	5	Veneto	11	Indetermina	I	11738	58	1		59
94	I	6	Friuli Ven Giulia	11	Indetermina	I	3597	10			10
94	I	7	Liguria	11	Indetermina	I	6496	58	8		66
94	I	8	Emilia Romagna	11	Indetermina	I	18836	76	3		79
94	I	9	Toscana	11	Indetermina	I	10314	64	2		66
94	I	10	Umbria	11	Indetermina	I	1813	8			8
94	I	11	Marche	11	Indetermina	I	4193	7			7
94	I	12	Lazio	11	Indetermina	I	12342	43	2	1	46
94	I	13	Abruzzo	11	Indetermina	I	6200	27	1	1	29
94	I	14	Molise	11	Indetermina	I	1145	13			13
94	I	15	Campania	11	Indetermina	I	10058	59	2	1	62
94	I	16	Puglia	11	Indetermina	I	7838	154	17	1	172
94	I	17	Basilicata	11	Indetermina	I	1284	0	0	0	0
94	I	18	Calabria	11	Indetermina	I	2897	26	6		32
94	I	19	Sicilia	11	Indetermina	I	5883	53	3		56
94	I	20	Sardegna	11	Indetermina	I	3144	30	3		33

E MALATTIA PROFESSIONALE DENUNCIATI NEL 1994 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/95 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE AGRICOLTURA

TAV. 6

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		ANNO '94				
		TEMPOR.	PERMANENTE	MORTE	S. INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	9595	7636	522	12	1360	9530
2) Valle d'Aosta	413	327	17	0	68	412
3) Lombardia	10426	8575	465	8	1280	10328
4) Trentino Alto A	4912	3686	197	3	981	4867
5) Veneto	11490	8707	424	9	2198	11338
6) Friuli Ven. Giuli	2213	1633	76	0	479	2188
7) Liguria	2474	1413	107	1	922	2443
8) Emilia Romagna	17199	13195	804	18	3032	17049
9) Toscana	10327	7639	581	7	1976	10203
10) Umbria	4658	3542	258	4	808	4612
11) Marche	8278	6145	473	6	1617	8241
12) Lazio	7413	5120	251	7	1881	7259
13) Abruzzo	6513	4680	242	6	1543	6471
14) Molise	2605	1740	98	4	749	2591
15) Campania	10575	6840	593	11	2998	10442
16) Puglia	7991	5684	449	16	1730	7879
17) Basilicata	3275	2432	149	2	653	3236
18) Calabria	5049	3596	337	6	1050	4989
19) Sicilia	6403	4461	405	8	1457	6331
20) Sardegna	5057	3589	180	5	1233	5007
ITALIA	136866	100640	6628	133	28015	135416

Fonte INAIL

E MALATTIA PROFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1993 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/94 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE AGRICOLTURA

TAV. 6

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		ANNO '93				
		TEMPOR.	PERMANENTE	MORTE	S. INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	12421	9526	668	18	2112	12324
2) Valle d'Aosta	691	518	42	0	130	690
3) Lombardia	12922	10280	581	13	1889	12763
4) Trentino Alto A	6080	4509	267	11	1222	6009
5) Veneto	14844	10865	478	13	3281	14637
6) Friuli Ven. Giuli	2767	1956	104	3	674	2737
7) Liguria	3943	2131	216	4	1544	3895
8) Emilia Romagna	23272	17565	1150	28	4301	23044
9) Toscana	15785	11119	825	13	3670	15627
10) Umbria	8858	5817	508	9	2425	8759
11) Marche	14103	9760	718	10	3551	14039
12) Lazio	12026	7822	468	6	3597	11893
13) Abruzzo	11812	8189	383	9	3111	11692
14) Molise	4409	2555	192	7	1634	4388
15) Campania	14661	9362	939	22	4177	14500
16) Puglia	11034	8117	622	21	2151	10911
17) Basilicata	4051	3085	174	11	745	4015
18) Calabria	7929	5658	416	15	1750	7839
19) Sicilia	8359	5661	568	18	2022	8269
20) Sardegna	6999	4890	337	4	171	5402
ITALIA	196966	139385	9656	235	44157	193433

Fonte INAIL

regioni

1994	Emilia Romag	14017
1994	Veneto	9140
1994	Campania	7444
1994	Lombardia	9048
1994	Toscana	8227
1994	Piemonte	8170

TAV. 6

E MALATTIA PROFESSIONALE DENUNCIATI NELL'ANNO 1992 E DEFINITI A TUTTO IL 31/12/1993 PER REGIONE E GRAVITA'
SETTORE AGRICOLTURA

TAV.6

REGIONI	CASI DENUNCIATI	CASI DEFINITI				
		ANNO '92				
		TEMPOR.	ERMANENT	MORTE	S.INDEN.	TOTALE
1) Piemonte	13783	11543	873	30	1241	13687
2) Valle d'Aosta	884	765	64	1	49	879
3) Lombardia	14735	12613	668	20	611	13912
4) Trentino Alto A	6193	5226	265	11	2511	8013
5) Veneto	16948	13376	640	27	2511	16554
6) Friuli Ven. Giuli	3358	2504	175	4	344	3027
7) Liguria	5400	3373	401	5	1516	5295
8) Emilia Romagna	26856	22490	1558	31	2456	26535
9) Toscana	18416	15028	1190	16	1973	18207
10) Umbria	11248	9380	822	13	878	11093
11) Marche	17427	14310	1056	18	1944	17328
12) Lazio	14784	11529	840	16	2125	14510
13) Abruzzo	16069	12502	700	16	2124	15342
14) Molise	5732	4080	354	10	1246	5690
15) Campania	17688	12956	1411	33	3029	17429
16) Puglia	13603	10879	934	28	1553	13394
17) Basilicata	4388	3634	282	5	431	4352
18) Calabria	10340	8151	589	18	1379	10137
19) Sicilia	10646	7900	798	29	1796	10523
20) Sardegna	8820	7185	649	16	893	8743
ITALIA	237318	189424	14269	347	30610	234650

Fonte INAIL

TAV6

AN	CREG	REGIONE	GES	EVENTO	NDENUNC	TEMPORANEA	PERMANENT	MORTE	SENZ
92	1	Piemonte	A	T	13783	11543	873	30	1241
92	2	Valle d'Aosta	A	T	884	765	64	1	49
92	3	Lombardia	A	T	14735	12613	668	20	1238
92	4	Trentino Alto Adige	A	T	6193	5226	265	11	611
92	5	Veneto	A	T	16948	13376	640	27	2511
92	6	Fnuli Ven. Giulia	A	T	3358	2504	175	4	344
92	7	Liguria	A	T	5400	3373	401	5	1516
92	8	Emilia Romagna	A	T	26856	22490	1558	31	2456
92	9	Toscana	A	T	18416	15028	1190	16	1973
92	10	Umbria	A	T	11248	9380	822	13	878
92	11	Marche	A	T	17427	14310	1056	18	1944
92	12	Lazio	A	T	14784	11529	840	16	2125
92	13	Abruzzo	A	T	16069	12502	700	16	2124
92	14	Molise	A	T	5732	4080	354	10	1246
92	15	Campania	A	T	17688	12956	1411	33	3029
92	16	Puglia	A	T	13603	10879	934	28	1553
92	17	Basilicata	A	T	4388	3634	282	5	431
92	18	Calabria	A	T	10340	8151	589	18	1379
92	19	Sicilia	A	T	10646	7900	798	29	1796
92	20	Sardegna	A	T	8820	7185	649	16	893
93	1	Piemonte	A	T	12421	9526	668	18	2112
93	2	Valle d'Aosta	A	T	691	518	42		130
93	3	Lombardia	A	T	12922	10280	581	13	1889
93	4	Trentino Alto Adige	A	T	6080	4509	267	11	1222
93	5	Veneto	A	T	14844	10865	478	13	3281
93	6	Friuli Ven. Giulia	A	T	2767	1956	104	3	674
93	7	Liguria	A	T	3943	2131	216	4	1544
93	8	Emilia Romagna	A	T	23272	17565	1150	28	4301
93	9	Toscana	A	T	15785	11119	825	13	3670
93	10	Umbria	A	T	8858	5817	508	9	2425
93	11	Marche	A	T	14103	9760	718	10	3551
93	12	Lazio	A	T	12026	7822	468	6	3597
93	13	Abruzzo	A	T	11812	8189	383	9	3111
93	14	Molise	A	T	4409	2555	192	7	1634
93	15	Campania	A	T	14661	9362	939	22	4177
93	16	Puglia	A	T	11034	8117	622	21	2151
93	17	Basilicata	A	T	4051	3085	174	11	745
93	18	Calabria	A	T	7929	5658	416	15	1750
93	19	Sicilia	A	T	8359	5661	568	18	2022
93	20	Sardegna	A	T	6999	4890	337	4	171
94	1	Piemonte	A	T	9595	7636	522	12	1360
94	2	Valle d'Aosta	A	T	413	327	17		68
94	3	Lombardia	A	T	10426	8575	465	8	1280
94	4	Trentino Alto Adige	A	T	4912	3686	197	3	981
94	5	Veneto	A	T	11490	8707	424	9	2198
94	6	Friuli Ven. Giulia	A	T	2213	1633	76		479
94	7	Liguria	A	T	2474	1413	107	1	922
94	8	Emilia Romagna	A	T	17199	13195	804	18	3032
94	9	Toscana	A	T	10327	7639	581	7	1976
94	10	Umbria	A	T	4658	3542	258	4	808
94	11	Marche	A	T	8278	6145	473	6	1617
94	12	Lazio	A	T	7413	5120	251	7	1881
94	13	Abruzzo	A	T	6513	4680	242	6	1543
94	14	Molise	A	T	2605	1740	98	4	749
94	15	Campania	A	T	10575	6840	593	11	2998
94	16	Puglia	A	T	7991	5684	449	16	1730
94	17	Basilicata	A	T	3275	2432	149	2	653
94	18	Calabria	A	T	5049	3596	337	6	1050
94	19	Sicilia	A	T	6403	4461	405	8	1457
94	20	Sardegna	A	T	5057	3589	180	5	1233

TAV. 7

CASI D'INFORTUNIO NELL'AGRICOLTURA NELL'ANNO DI RIFERIMENTO, DENUNCIATI ALL'INAIL ED INDENNIZZATI ENTRO IL 31 DICEMBRE DELL'ANNO SUCCESSIVO

ANNO	CASI I INFORTUNIO				
		DEFINITI CON INDENNIZZO			
	DENUNCIA ALL'INAIL	NAB. TEM	AB. PER	MORTE	TOTALE
1951	188.751	53.922	12.833	717	67.472
1956	277.228	61.740	15.694	695	78.129
1961	305.308	64.917	17.210	738	82.865
1966	249.467	100.266	17.126	740	118.132
1971	234.350	102.627	13.352	643	116.622
1976	201.443	92.063	14.980	657	107.700
1981	155.132	82.353	12.530	561	95.444
1986	233.081	179.224	13.404	376	193.004
1987	240.369	191.089	12.833	361	204.283
1988	255.630	202.513	14.445	385	217.343
1989	243.420	192.150	12.710	433	205.293
1990	246.312	194.133	12.870	365	207.368
1991	242.875	196.266	14.502	347	211.115
1992	234.752	189.398	14.118	346	203.862
1993 (1	195.300	155.000	12.000	220	167.220

(1) DATI PROVVISORI ALL'OTTOBRE 1994

Fonte INAIL

CASI DI INFORTUNIO LIQUIDATI IN RENDITA PER FORMA - ANNO 1994

TAV. 8

FORMA DELL'INFORTUNIO	Ind.Metallif.	nd.Non Meta	Ind.Costruz.	Commercio	Trasporti	Servizi	TOTALE
Caduto dall'alto	762	705	3084	276	719	614	6160
Colpito da	1380	1007	1501	267	452	424	5031
Caduto in piano	592	702	1175	433	344	983	4229
Urtato contro	618	834	620	143	243	303	2761
Alla guida di	362	442	389	287	422	760	2662
Colpito con	536	814	563	166	95	120	2294
Movimento incoordinato	376	289	552	137	256	412	2022
Punto da	439	447	196	37	102	50	1271
Incastrato	236	334	143	30	86	66	895
Sollevando, spostando	140	138	209	47	75	158	767
Altre	541	610	704	221	335	596	3007
TOTALE	5982	6322	9136	2044	3129	4486	31099
Distribuzione %	19,24	20,32	29,37	6,58	10,06	14,43	100,00

Fonte INAIL

INFORTUNI INDENNIZZATI PER AGENTE MATERIALE - CASI AVVENUTI NEL 1994(a)

TAV. 9

AGENTE MATERIALE	Agricoltura	d.Metallif.(	nd.Non Metal	nd.Costru	Commercio	Trasporti	Servizi	TOTALE
Macchine	19912	14910	18373	9169	2000	1579	2419	68362
Mezzi di soll. e traspor	6776	10626	13455	9209	6123	14695	15064	75948
Impianti di distribuz.	19	20	21	40	13	10	26	149
Attrezzature, apparec.	9973	14757	18776	16925	15668	3308	6776	86183
Mater,sostanze,radiaz.	16777	48575	30647	37412	7905	8686	10869	160871
Ambienti di lavoro	32705	18735	22734	34425	13841	10657	32051	165148
Persone,animali,veget.	14937	299	496	620	1172	743	5763	24030
Recipienti e contenitori	3470	4450	5992	3036	4553	3618	5649	30768
Parti di macchine	5937	19251	15727	13605	4874	7243	8601	75238
TOTALE	110506	131623	126221	124441	56149	50539	87218	686697

(a) Esclusi i casi senza indicazione di agente e di attività economica (1,2%)
(b) Comprese estrattive, energia, acqua e gas

Fonte INAIL

INFORTUNI INDENNIZZATI PER SEDE DELLA LESIONE - CASI AVVENUTI NEL 1994 (a)

TAV. 10

SEDE LESIONE	Agricoltura	Ind.Metallif.(b)	Ind.Non Metal.	Ind.Costruz.	Commercio	Trasporti	Servizi	TOTALE
Cranio	3881	5573	4868	7683	1993	3405	5044	32447
Occhio	6617	10520	5096	9592	1774	1678	2952	38229
Faccia	3153	4486	3057	4366	1432	1745	2655	20894
Parete toracica	13154	6121	6819	10615	3050	4299	6753	50811
Colonna vertebral	8313	5625	6058	8286	3180	4250	9902	45614
Braccio	10627	12990	12122	12570	5771	5147	9694	68921
Mano	25592	57181	58375	35410	25150	12428	22037	236173
Gamba	26771	17569	17709	23901	8561	11088	18785	124384
Piede	10938	11130	11620	11006	4666	5951	8152	63463
Varie	1995	1031	1201	1717	640	659	1652	8895
TOTALE	111041	132226	126925	125146	56217	50650	87626	689831

(a) Esclusi i casi senza indicazione della lesione e di attività economica (0 8%)
(b) Comprese estrattive, energia, acqua e gas

Fonte INAIL

CASI AVVENUTI PER QUALIFICA PROFESSIONALE(a) TAV. 11

QUALIFICA	INFORTUNI			MALATTI PROFESSIONALI		
PROFESSIONALE	1991	1993	Var %	1991	1993	Var %
Carrozziere/verniciat	10353	8488	-18,01	774	567	-26,71
Operatore	78688	84508	7,40	4884	4466	-8,56
Meccanico	91220	67158	-26,38	4573	2784	-39,12
Muratore	98491	77479	-21,33	4365	3043	-30,28
Falegname	33234	26749	-19,51	2016	1440	-28,58
Carpentiere	25009	16329	-34,71	1581	1111	-29,7
Minatore	1245	863	-30,67	1243	771	-37,96
Saldatore	10578	7954	-24,80	1157	945	-18,34
Montatore	21701	18371	-15,34	978	809	-17,25
Autista	38736	31883	-17,69	925	565	-38,89
Impiegato	26648	25101	-5,81	621	359	-42,12
Indeterminati	87337	109567	25,45	13296	15339	15,36
Altre	415818	344870	-17,06	14852	12239	-17,59
Totale	939058	819320	-12,75	51265	44438	-13,31

(a) Dati stimati esclusi i casi lievi

Fonte INAIL

TAV 12

INDICI DI FREQUENZA TOTALE ED OPERAI-ANNO PER GRANDE GRUPPO E DIMENSIONE AZIENDALE(*)

(per mille operai-anno)

	DIMENSIONE 1(1) OPERAI ANNO	DIMENSIONE 1(1) INDICE DI FREQUENZA TOTALE	DIMENSIONE 2(2) OPERAI ANNO	DIMENSIONE 2(2) INDICE DI FREQUENZA TOTALE	DIMENSIONE 3(3) OPERAI ANNO	DIMENSIONE 3(3) INDICE DI FREQUENZA TOTALE	IMENSION OPERAI ANNO	TOTALE INDICE DI FREQUENZA TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	118.336	95,20	90 107	121,27	51 141	99,90	259.583	105,18
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	190.689	70,79	200 728	82,89	164.282	51,60	555.694	69,49
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	601.224	137,15	220.318	129,02	87.698	93,09	909.240	130,93
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	10.967	71,66	14.919	83,50	155.035	27,97	180.922	35,20
5) Legno e affini	129.058	117,58	56.051	104,16	9 167	48,19	194.272	110,43
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	579.542	108,18	477.777	98,82	529.012	75,16	1.586 332	94,35
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	94.354	151,70	86.288	138,62	39.026	103,27	219.668	137,96
8) Tessile e abbigliamento	327.542	30,01	224 256	46,81	64.175	48,34	615.977	38,03
Totale gruppi 1 - 8	2.051.712	102,36	1.370.444	96,87	1.099 536	66,78	4 521.688	92,04
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	503.182	72,74	7.196	81,53	180 322	74,86	690 703	73,38
10) Varie	3.400.378	24,20	123 460	19,03	2.749.080	20,62	6.272.921	22,53
Totale gruppi 9 - 10	3.903.560	30,46	130.656	22,47	2 929 402	23,96	6 963.624	27,58

(1)fino a 30 operai-anno dal gruppo 1 all'8
fino a 200 operai-anno per i gruppi 9 e 10
(2)da 31 a 250 operai-anno dal gruppo 1 all'8
da 201 a 250 operai-anno per i gruppi 9 e 10
(3)oltre 250 operai-anno
(*)valori medi del triennio 1991-1993: rapporto tra il numero dei casi di infortunio e malattie professionali definiti in inab. temp.,inab. perm. e morte e il numero degli operai-anno corrispondenti

Fonte INAIL

INDICI DI GRAVITA' TOTALE ED OPERAI-ANNO PER GRANDE GRUPPO E DIMENSIONE AZIENDALE (*)
(per mille operai-anno)

TAV. 13

	DIMENSIONE 1(1) OPERAI ANNO	DIMENSIONE 1(1) INDICE DI GRAVITA' TOTALE	DIMENSIONE 2(2) OPERAI ANNO	DIMENSIONE 2(2) INDICE DI GRAVITA' TOTALE	DIMENSIONE 3(3) OPERAI ANNO	DIMENSIONE 3(3) INDICE DI GRAVITA' TOTALE	IMENSION OPERAI ANNO	TOTALE INDICE DI GRAVITA' TOTALE
1) Lavorazioni agricole a carattere industriale, allevamenti di animali, pesca, silvicoltura, alimenti e prodotti diversi	118 336	12,99	90 107	9,52	51 141	7,43	259 583	10,69
2) Chimica, materie plastiche e gomma, carta e poligrafia, pelli e cuoi	190.689	8,24	200 728	7,31	164 282	4,42	555 694	6,78
3) Costruzioni: edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte	601.224	24,25	220.318	19,12	87 698	11,90	909 240	21,82
4) Elettricità, gas e liquidi combustibili, acqua, freddo e calore, energia nucleare	10.967	7,69	14.919	8,41	155.035	3,87	180.922	4,48
5) Legno e affini	129.058	16,82	56.051	11,21	9.167	4,30	194.272	14,61
6) Metallurgia, lavori in metallo, macchine, mezzi di trasporto, strumenti e apparecchi	579 542	10,88	477.777	8,72	529.012	6,68	1.586.332	8,83
7) Mineraria, mineralurgia e lavori complementari	94.354	25,73	86.288	16,53	39 026	9,11	219.668	19,16
8) Tessile e abbigliamento	327.542	2,98	224.256	3,87	64.175	3,39	615.977	3,35
Totale gruppi 1 - 8	2.051.712	14,45	1.370 444	10,03	1 099 536	6,27	4 521 688	11,13
9) Trasporti, carico e scarico, depositi	503.182	10,83	7.196	7,64	180 322	6,23	690.703	9,60
10) Varie	3 400.378	2,55	123.460	1,80	2.749 080	1,67	6 272 921	2,15
Totale gruppi 9 - 10	3 903 560	3,62	130.656	2,12	2 929 402	1,95	6 963 624	2,89
Totale generale	5 955 272	7,35	1 501 100	9,35	4.028 938	3,13	11 485 312	6,13

(1)fino a 30 operai-anno dal gruppo 1 all'8
fino a 200 operai-anno per i gruppi 9 e 10
(2)da 31 a 250 operai-anno dal gruppo 1 all'8
da 201 a 250 operai-anno per i gruppi 9 e 10
(3)oltre 250 operai-anno
(*)valori medi del triennio 1991-93: rapporto tra le giornate di inab. temp.,le giornate convenzionali di inab. nei casi di inab. perm. e morte e il numero degli operai-anno corrispondenti

Fonte INAIL