



ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA - 2001

# Prometeo



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

## Ilesis

Ricerca e Formazione  
per i Sistemi Sanitari



Nebo  
Ricerche PA

 Farindustria

*Prometeo 2001 è realizzato con il contributo di:*

UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA

*CATTEDRA DI IGIENE*

*DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA*

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

*DIREZIONE CENTRALE PER LE INDAGINI SULLE ISTITUZIONI SOCIALI*

ILESIS

*RICERCA E FORMAZIONE PER I SISTEMI SANITARI*

NEBO RICERCHE PA

FARMINDUSTRIA

*Comitato Promotore*

GIUSEPPE CANANZI<sup>1</sup>, IVAN CAVICCHI<sup>2</sup>, VIVIANA EGIDI<sup>3</sup>, CESARE FASSARI<sup>4</sup>, AUGUSTO PANÀ<sup>5</sup>

*Gruppo di lavoro*

*Modello ed elaborazione degli indicatori di epidemiologia dei servizi sanitari, materiali e metodi, classifica sullo stato di salute della popolazione e schede di dimissione ospedaliera*

GIUSEPPE CANANZI, coordinamento generale

NATALIA BUZZI<sup>6</sup>, coordinamento tecnico

VITTORIA BURATTA<sup>7</sup> e ARMANDO MUZZI<sup>8</sup>, supervisione scientifica

LUISA FROVA<sup>9</sup>, SILVIA BRUZZONE<sup>9</sup>, ALESSANDRA BURGIO<sup>9</sup>, RAFFAELLA IACOUCCI<sup>10</sup>,

NEBO RICERCHE PA, servizi di elaborazione dati

MICO, realizzazione informatica

*Analisi degli indicatori a livello regionale e di Asl, il ruolo del farmaco nella società italiana, integrazione pubblico e privato, confronti internazionali*

CESARE FASSARI, coordinamento generale

FEDERICO SPANDONARO<sup>11</sup>, coordinamento scientifico

ANNARITA BARRELLA<sup>12</sup>, CRISTINA GIORDANI<sup>12</sup>, LAURA FIORAVANTI<sup>12</sup>, LAURA FRANCIA<sup>12</sup>,

AURORA POLACSEK<sup>12</sup>, EMANUELA PIERONI<sup>13</sup>

ANDREA MORETTI<sup>14</sup> e LORENZO TERRANOVA<sup>15</sup>, consulenza scientifica

ITALPROMO ESIS PUBLISHING, coordinamento editoriale e Cd

<sup>1</sup> Dirigente Ufficio Studi ARAN, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

<sup>2</sup> Direttore Generale Farmindustria, Docente di Sociologia sanitaria, Università La Sapienza di Roma

<sup>3</sup> Direttore Dipartimento Statistiche Sociali Istituto Nazionale di Statistica

<sup>4</sup> Presidente Ilesis

<sup>5</sup> Direttore Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

<sup>6</sup> Coordinatore Gruppo di Ricerca Nebo Ricerche PA, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

<sup>7</sup> Direttore Centrale Istituto Nazionale di Statistica

<sup>8</sup> Coordinatore Master in Epidemiologia dei servizi sanitari, Università di Roma Tor Vergata

<sup>9</sup> Ricercatore Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sanità Assistenza

<sup>10</sup> Collaboratore Cifaps, Università di Roma Tor Vergata

<sup>11</sup> Coordinatore Master in Economia e Gestione Sanitaria, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

<sup>12</sup> Collaboratore LARES Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

<sup>13</sup> Ricercatrice Ilesis

<sup>14</sup> Vice Direttore Generale Farmindustria

<sup>15</sup> Responsabile Ufficio Economia Sanitaria Farmindustria

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

ISTAT	contesto demografico, dati di mortalità, dati di attività istituti di cura, occupazione e disoccupazione
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, RGS-Igop	assetti retributivi ed occupazionali del personale Ssn
MINISTERO DELLA SALUTE	schede di dimissione ospedaliera, medicina di base, malattie infettive
INAIL	infortuni sui luoghi di lavoro e rendite
ISTITUTO TAGLIACARNE	valore aggiunto e consumi
ANCITEL	depositi bancari e consumi elettrici

*Hanno partecipato alla discussione degli indicatori (\*)*

Gigliola Forzato, Alessandro Salvati	INAIL - Consulenza statistico-attuariale
Giuseppe Lucibello, Stefano Tomasini	RGS - Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale, Servizio contrattazione, divisione VI

(\*) Il lavoro si è concretizzato grazie alla disponibilità dimostrata dalle Istituzioni e dalle persone citate sia nel fornire i dati di base che nel discutere le proposte di indicatori via via presentate. Il gruppo di lavoro di Prometeo si assume ogni responsabilità per i contenuti e le scelte di studio effettuate e per ogni errore eventualmente commesso nella realizzazione della ricerca. Un ampio ringraziamento va alle persone citate per i preziosi suggerimenti formulati, poiché si è trattato di un lavoro complesso e frutto di approfondimenti vasti e diversificati che pertanto non impegnano le Istituzioni che vi hanno collaborato.

## 2. Le Schede di Dimissione Ospedaliera: uno studio pilota

### 2.1. IL POTENZIALE PORTATO INFORMATIVO DELLE SDO

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), introdotta in Italia già dal 1991<sup>1</sup>, rappresenta uno strumento ad oggi ampiamente sottoutilizzato nelle indagini finalizzate alla conoscenza dei dimessi dagli istituti di ricovero. La SDO, infatti, nonostante esprima una sintesi della cartella o diario clinico del ricoverato, è stata adottata quasi esclusivamente per scopi di carattere amministrativo, essendo l'uso formale della Scheda di Dimissione Ospedaliera direttamente correlato alla attribuzione del DRG<sup>2,3</sup>, e quindi alla remunerazione del caso di ricovero.

Sia pure con le cautele imposte dalla struttura della Scheda (senza dubbio non funzionale ad una rilevazione epidemiologica in senso stretto), la carenza di dati e di informazioni quantitative in genere sulla diffusione delle patologie ospedalizzate può trovare nella rilevazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera, se adeguatamente condotta, una preziosa base informativa anche per analisi a carattere demografico ed epidemiologico.

Non va dimenticato, fra l'altro, che la SDO gode di almeno tre apprezzabili proprietà che la rendono una modalità efficace ai fini di una raccolta dati sistematica:

- a) la SDO contiene un set di variabili definite per decreto ministeriale<sup>4</sup>, indipendente – e pertanto univocamente riconoscibile – dalle ulteriori informazioni eventualmente aggiunte alla Scheda da parte di Aziende Usl e Ospedaliere o dalle Regioni;
- b) per ottemperare agli obblighi amministrativi, dettati dalla necessità dell'attribuzione del DRG, le Schede compilate devono essere sottoposte ad informatizzazione;
- c) la standardizzazione delle informazioni predefinite quale set minimo indi-

---

1. Decreto Min. Sanità del 28 dicembre 1991 Istituzione della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Decreto Min. Sanità del 26 luglio 1993 Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati. Circolare Modalità per la trasmissione dalle regioni e province autonome al Ministero della Sanità dei dati acquisiti attraverso le schede di dimissione ospedaliera. Decreto Min. Sanità 27 ottobre 2000, n. 380 Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati.

2. *Diagnosis Related Group (Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi), sistema di classificazione dei ricoveri per la valutazione economica delle degenze ospedaliere* (cfr. Decreto Min. Sanità 15 aprile 1994 Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera, e successive modificazioni e integrazioni).

3. *Riferimenti bibliografici* ~ Nonis M., Corvino G., Fortino A. La scheda di dimissione ospedaliera. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1997. Di Liso G. (a cura di), Corvino G., Langiano T., Nonis M. Guida alla ICD-9-CM. Manuale pratico per la compilazione della parte sanitaria nella nuova scheda di dimissione ospedaliera. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1999.

4. *Ci si riferisce, in particolare, all'elenco dei campi (tracciato record) individuati dal DM 28 dicembre 1991 e successive modificazioni e integrazioni (cfr. nota 1): dati anagrafici del paziente dimesso, diagnosi principale e secondarie, intervento principale, procedure, ecc..*

spensabile ai fini del processo di attribuzione del DRG (e l'ausilio in tal senso di un percorso di informatizzazione dei dati) si avvale di codifiche anch'esse di carattere generale e generalmente riconosciute (ICD-9-CM<sup>5</sup>, disciplina ospedaliera, modalità di dimissione, ecc.), oltre che indicate per decreto ministeriale.

È evidente che tali proprietà devono essere supportate da un "ciclo produttivo" adeguato, sia a livello periferico (Aziende Usl e Ospedaliere, Regioni) che a livello centrale (Sistema Informativo Sanitario), con il coinvolgimento di personale qualificato che garantisca la correttezza della compilazione delle SDO ed il relativo controllo di qualità, anche attraverso un miglior utilizzo delle strumentazioni informatiche (hardware e soprattutto software) finalizzate alla gestione dati. In merito al ritorno in termini di rapporti statistici, ad oggi sono state realizzate esperienze locali di grande interesse, sviluppate tuttavia secondo una logica "particolare" (vincolata cioè al territorio analizzato): elaborate il più delle volte mediante l'individuazione di modelli di indicatori non condivisi con altre realtà<sup>6</sup>, le SDO sono state analizzate ponendo più spesso una significativa attenzione alla "logica" del DRG che non alle informazioni di carattere clinico (diagnosi e procedure).

Tutto ciò ha comportato una frammentazione del portato informativo delle SDO, che a sua volta ha rappresentato, pur se indirettamente, una delle cause alle quali va addebitata la scarsa qualità dei dati registrata nel corso del trattamento dei dati e della elaborazione degli indicatori proposti dalla presente edizione di Prometeo, come si vedrà più avanti.

Tenuto conto anche di quanto evidenziato nella relazione introduttiva che accompagna la pubblicazione delle elaborazioni condotte dal Ministero della Salute<sup>7</sup>, risulta evidente come la gestione dei dati da parte del "livello centrale" (Sistema Informativo Sanitario) sia condizionata da una grave compromissione della qualità degli stessi dati (più avanti descritta) che ad oggi non consente analisi di dettaglio su parte delle variabili rilevate tramite le SDO.

Il Ministero della Salute propone, nella pubblicazione ospitata sul proprio sito internet e mediante la consultazione in linea del database SDO, una serie di elaborazioni relative alla casistica rilevata sull'intero territorio nazionale: lo schema espositivo, tuttavia, permette di evidenziare solo alcune delle variabili rilevate, con una disaggregazione dei dati che in ogni caso non approfondisce oltre il livello regionale.

## 2.2. I DATI ACQUISITI ED IL CONTROLLO DI QUALITÀ

Nella presente edizione di Prometeo sono stati utilizzati i dati relativi al numero di dimessi ed alle giornate di degenza che il Ministero della Salute ha messo appositamente a disposizione per questa ricerca in forma aggregata per le seguenti variabili:

- ACC (aggregato clinico di diagnosi)  
*si tratta di 259 classi di codici di diagnosi cui afferiscono gli oltre 12.000 codici di diagnosi ICD 9 CM<sup>8</sup>*

5. *Classificazione Internazionale delle Malattie, IX<sup>a</sup> Revisione – Modificazione Clinica (1997).*

6. *Si vedano le pubblicazioni prodotte da Regioni e Province Autonome e dagli Osservatori Epidemiologici Regionali; tra queste, a titolo di esempio, si ricordano l'Atlante dei ricoveri ospedalieri (Lazio), l'Atlante dei Servizi Sanitari e dello Stato di Salute (Puglia), i siti internet delle Regioni sulla sanità.*

7. *Cfr. <http://www.sanita.it/sdo/>*

8. *Gli ACC sono stati sviluppati presso l'AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality - statunitense, con l'acronimo CCS (Clinical Classifications Software).*

- classi di età  
     <1 anno, 1-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64 e > 64 anni
- sesso
- regione di residenza del paziente ricoverato
- Usl di residenza del paziente ricoverato.

Il database è relativo ai dimessi dell'anno 1998 in regime di ricovero ordinario e di day hospital per acuti<sup>9</sup>.

Vengono descritte di seguito le principali caratteristiche del database fornito dal Ministero della Salute, segnalando le maggiori procedure di controllo di qualità dei dati eseguite relativamente a ciascuna delle variabili sopra evidenziate e le scelte operate ai fini della esclusione di parte della casistica, quando ritenuta non idonea ai fini della elaborazione degli indicatori prescelti.

Il processo di verifica del database ha dato luogo ad un numero di casi esclusi complessivamente pari a 741.808; la casistica originale è stata pertanto ridotta da 12.249.274 a 11.507.466 ricoveri osservati (95,3% del totale – tavola 2.2.1).

**TAVOLA 2.2.1. Casistica originale ed elaborata: riepilogo**

<b>Casistica totale</b>	<b>12.249.274</b>	<b>100,0%</b>
Casi esclusi <sup>(1)</sup>	741.808	6,1%
<i>per non disponibilità di:</i>		
- Regione di residenza	117.806	1,0%
- Usl di residenza	567.535	4,6%
- classe di età	9.879	0,1%
- sesso	3.259	... %
<i>per ACC = nati vivi sani</i>	181.884	1,5%
<b>Casistica elaborata</b>	<b>11.507.466</b>	<b>95,3%</b>

<sup>(1)</sup> Il totale dei casi esclusi non è pari alla somma degli esclusi per le voci menzionate (residenza, età, ecc.) in quanto alcuni casi presentavano più di una variabile mancante.

### 2.2.1. ESCLUSIONE DEI CASI PER REGIONE NON NOTA

Sono stati individuati oltre 117.000 casi per i quali non è stato possibile identificare la regione di residenza, in quanto il database originale riportava l'utilizzo di codici regionali non riconducibili alla codifica ufficiale<sup>10</sup>.

L'elaborazione sul database originale, infatti, produce 334 differenti codici relativi alla variabile "regione"; i casi esclusi per regione non nota si riferiscono pertanto ai 313 codici rilevati oltre i 21 effettivi (tenuto conto delle due province autonome di Bolzano e Trento).

### 2.2.2. ESCLUSIONE DEI CASI PER USL NON NOTA

Una prima elaborazione della distribuzione per regione ed Usl di residenza ha individuato un numero di "missing" (casi con Usl non identificata o, meglio, identificata tramite un codice non afferente alla legenda ufficiale per l'anno

9. Secondo la definizione del Ministero della Salute, i ricoveri per acuti sono tutti i casi dimessi da reparti diversi da quelli classificati come riabilitativi o di lungodegenza; sono esclusi, inoltre, i neonati sani.  
 10. 010 = Piemonte, 020 = Valle d'Aosta, 030 = Lombardia, e così via.

1998 del Ministero della Salute<sup>11)</sup> pari a 1.712.005, dei quali oltre due terzi relativi alla sola Regione Lombardia.

L'elaborazione sul database originale produce, in questo caso, 4.049 codici relativi alle variabili di identificazione delle Usl: escludendo sia i 196 codici ufficiali (elenco delle Usl 1998) che quelli afferenti a regioni "missing" (cfr paragrafo 2.2.1.) il numero di codici Usl "anomali" si riduce a 1.948 (tavola 2.2.2.).

**TAVOLA 2.2.2. Codici Usl e casi rilevati, per Regione**

REGIONE	NUMERO USL EFFETTIVE 1998	TOTALE CASISTICA RILEVATA	CODICI USL "ANOMALI"	CASI CON CODICI USL "ANOMALI"
Piemonte	22	882.387	122	7.807
Valle d'Aosta	1	25.201	19	298
Lombardia	14	2.000.195	329	1.186.821
p.a. Bolzano	4	95.511	17	2.357
p.a. Trento	1	104.073	34	14.747
Veneto	21	1.049.365	87	257.718
Friuli Venezia Giulia	6	231.009	39	11.452
Liguria	5	391.772	62	2.777
Emilia Romagna	13	900.956	111	14.653
Toscana	12	671.505	82	7.579
Umbria	4	189.612	45	48.908
Marche	13	320.646	60	2.329
Lazio	12	1.047.655	142	7.727
Abruzzo	6	282.904	46	4.184
Molise	4	65.744	24	443
Campania	13	1.168.827	139	7.681
Puglia	12	939.527	122	8.574
Basilicata	5	132.075	39	1.271
Calabria	11	461.927	103	11.295
Sicilia	9	840.271	267	111.261
Sardegna	8	330.306	59	2.123
<b>Totale</b>	<b>196</b>	<b>12.131.468</b>	<b>1.948</b>	<b>1.712.005</b>
Regione n.d.		117.806	1.905	117.806
<b>Totale casistica</b>		<b>12.249.274</b>	<b>3.853</b>	<b>1.829.811</b>

Un successivo controllo condotto sui codici "anomali" delle Usl ha consentito di ricondurre oltre 1.260.000 casi ad Usl identificate, portando la quota dei casi di ricovero "missing" per questa variabile a 449.729.

Tale recupero è stato operato avendo constatato come l'errore più frequente nella codifica della Usl di residenza del paziente fosse plausibilmente riconducibile all'aver segnalato codici Usl secondo elenchi antecedenti all'anno 1998.

La peculiarità della Regione Lombardia (che come detto precedentemente offriva il più elevato contributo ai "missing" riscontrati nel corso del controllo) è presumibilmente da addebitare alla riorganizzazione delle Aziende Usl e Ospedaliere attuata proprio a partire dal 1998<sup>12)</sup>, anno di riferimento delle SDO trattate.

Ovviamente i codici errati sono stati allineati ai nuovi codici Usl unicamente quando, per effetto della riorganizzazione del sistema sanitario regionale, una Usl preesistente al 1998 è interamente confluita in una Usl esistente nell'anno considerato.

Nel solo caso di Valle d'Aosta e provincia autonoma di Trento la non corretta

11. I codici delle Aziende Usl sono composti da 6 cifre: le prime 3 identificano la regione (cfr. nota 10); le ultime 3 sono individuate (univocamente) all'interno della Regione di appartenenza: ad esempio, 030301 = Az. Usl di Bergamo, 030302 = Az. Usl di Brescia, 030303 = Az. Usl di Como, ecc..

12. Legge Regionale 11 luglio 1997, n. 31 Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.

o mancata indicazione della Usl di residenza non ha influito sulla casistica in quanto in entrambi i casi risulta coincidente l'ambito Usl con quello regionale, per la prima, e quello provinciale, per la seconda.

Complessivamente sono stati ricondotti 684 codici Usl dei 2.144 "missing" a codici Usl effettivamente presenti nel 1998, ottenendo come casistica quella riportata nella tavola 2.2.3..

Va segnalato come, nonostante questa ulteriore revisione, circa un quarto della casistica del Veneto risulti comunque esclusa dalla elaborazione degli indicatori proposti: dei quasi 450.000 casi "missing" per Usl non disponibile oltre la metà (253.000 circa) sono infatti relativi a dimessi veneti, per i quali non è stato possibile risalire alla Usl di residenza.

**TAVOLA 2.2.3. Casistica selezionata per Usl nota e percentuale su casistica originale**

REGIONE	CASI CON USL NOTA	
	VALORI ASSOLUTI	PERCENTUALE SU TOTALE CASISTICA RILEVATA
Piemonte	877.459	99,4%
Valle d'Aosta	25.201	100,0%
Lombardia	1.894.097	94,7%
p.a. Bolzano	94.449	98,9%
p.a. Trento	104.073	100,0%
Veneto	796.550	75,9%
Friuli Venezia Giulia	221.943	96,1%
Liguria	390.104	99,6%
Emilia Romagna	891.227	98,9%
Toscana	668.854	99,6%
Umbria	186.889	98,6%
Marche	319.247	99,6%
Lazio	1.042.016	99,5%
Abruzzo	279.363	98,7%
Molise	65.502	99,6%
Campania	1.163.986	99,6%
Puglia	934.167	99,4%
Basilicata	131.383	99,5%
Calabria	457.132	99,0%
Sicilia	809.031	96,3%
Sardegna	329.066	99,6%
<b>Totale</b>	<b>11.681.739</b>	<b>96,3%</b>

### 2.2.3. ESCLUSIONE PER CLASSE DI ETÀ E/O SESSO NON NOTI

Il numero di casi per i quali non è disponibile la classe di età ammonta a 9.879, mentre il numero di casi non riconducibili alle due modalità "maschio" e "femmina" risulta essere complessivamente pari a 3.259.

In particolare, i codici rilevati nel campo "sesso" sono riportati nella tavola 2.2.4.. Secondo la codifica ufficiale, "1" e "2" sono da utilizzarsi per *maschio* e *femmina*, rispettivamente; sono stati assimilati nello stesso ordine anche i codici "M" e "F". Per *missing* si intendono altri codici che non è stato possibile attribuire.

**TAVOLA 2.2.4. Casistica originale per sesso**

SESSO	NUMERO CASI	COMPOSIZIONE %
1 (maschio)	5.751.342	47,0%
M (")	27.664	0,2%
2 (femmina)	6.434.028	52,5%
F (")	32.981	0,3%
Missing (nullo, 0, 3, 5, X)	3.259	... %
<b>Casistica totale</b>	<b>12.249.274</b>	<b>100,0%</b>

#### 2.2.4. ESCLUSIONE DEI NATI VIVI SANI

Rispetto alla casistica totale sono stati inoltre esclusi i “nati vivi sani”, in quanto non entrano a far parte della casistica degli “acuti”<sup>13</sup>.

Nel database originale acquisito sono stati rintracciati poco più di 181.000 casi imputati all’ACC “nati vivi sani”, dato comunque sottostimato rispetto a quello atteso e pertanto non utilizzabile per la costruzione degli indicatori.

#### 2.2.5. CONTROLLI SULLA CONGRUENZA DEI DATI

Ulteriori controlli sono stati infine condotti in relazione alla congruenza fra i dati, intervenendo con correzioni in casi di ovvia incompatibilità quali, ad esempio, casi con ACC relativo a malattie del sistema genito-urinario femminile e sesso maschile.

Data la numerosità degli errori riscontrati si ritiene che presumibilmente una non trascurabile quantità di casi possa essere ancora affetta da errori di codifica relativamente al sesso e all’età. Si tratta di incongruenze rispetto alle quali non è stato possibile intervenire, in quanto i dati originali sono stati acquisiti secondo una forma aggregata che non ha consentito correzioni al database di maggior accuratezza.

### 2.3. LE USL SELEZIONATE

Dall’analisi congiunta dei dati di base relativi a ricoveri e giornate e degli indicatori derivati dalla elaborazione sono state rilevate significative incongruenze che hanno comportato l’esclusione di 13 Usl dal modello di indicatori.

Questa scelta ha implicato una revisione degli indicatori su base regionale: gli indicatori realizzati per Regione, infatti, rappresentano i valori medi calcolati a seguito dell’esclusione delle Usl invalidate. Nel caso di Lombardia, Veneto, Toscana, Sicilia e Sardegna gli indicatori regionali sono quindi calcolati in relazione ad una selezione di Usl, sia per quanto riguarda la casistica SDO che per la popolazione di riferimento.

La tavola 2.3.1. mostra, per Regione, la distribuzione delle Usl incluse ed escluse dalla elaborazione degli indicatori e la quota percentuale della casistica SDO e della popolazione regionale che l’esclusione di Usl ha comportato. Come evidenziato nella tavola, l’esclusione delle 13 Usl equivale a limitare l’analisi delle SDO per una quota pari al 5,2%; inoltre, le stesse Usl individuano, rispetto alla popolazione residente totale, una quota di poco inferiore al 10%.

Gli indicatori regionali vanno pertanto letti con le opportune cautele, soprattutto nel caso delle regioni dove la casistica esclusa risulta incidere significativamente; in tal senso si forniscono di seguito alcune indicazioni di dettaglio:

- Sicilia → 4 Usl escluse – Enna, Messina, Palermo, Ragusa – equivalenti a circa la metà della popolazione regionale (5 Usl incluse – Agrigento, Caltanissetta, Catania, Siracusa, Trapani)
- Sardegna → 2 Usl escluse – Sassari, Olbia – equivalenti ad oltre un quarto della popolazione regionale (6 Usl incluse – Nuoro, Lanusei, Oristano, Sanluri, Carbonia, Cagliari)
- Veneto → 5 Usl escluse – Bassano del Grappa, Vicenza, Asolo, Mirano,

---

<sup>13</sup>. Cfr nota 9.

Verona – equivalenti a quasi un terzo della popolazione regionale (16 Usl incluse – Belluno, Feltre, Thiene, Arzignano, Pieve di Soligo, Treviso, San Dona' di Piave, Veneziana, Chioggia, Cittadella, Padova, Este, Rovigo, Adria, Legnago, Bussolengo)

- Lombardia → esclusa Usl Milano/3 (Monza, Sesto S. Giovanni, Cinisello Balsamo ed altri Comuni), equivalente all'11% della popolazione regionale
- Toscana → esclusa Usl Siena, equivalente al 7,1 della popolazione regionale.

Si segnala inoltre che le Usl di Roma e Torino sono trattate come “aree metropolitane”; ciò porta, unitamente a quanto sopra detto, ad un totale di 176 Usl contro le 196 effettive<sup>14</sup>.

TAVOLA 2.3.1. Usl, SDO e popolazione residente escluse dall'analisi

REGIONE	USL			SDO ESCLUSE	POPOLAZ. ESCLUSA
	INCLUSE	ESCLUSE	TOTALI		
Piemonte	22	–	22	–	–
Valle d'Aosta	1	–	1	–	–
Lombardia	13	1	14	7,3%	11,1%
p.a. Bolzano	4	–	4	–	–
p.a. Trento	1	–	1	–	–
Veneto	16	5	21	13,2%	29,3%
Friuli Venezia Giulia	6	–	6	–	–
Liguria	5	–	5	–	–
Emilia Romagna	13	–	13	–	–
Toscana	11	1	12	5,8%	7,1%
Umbria	4	–	4	–	–
Marche	13	–	13	–	–
Lazio	12	–	12	–	–
Abruzzo	6	–	6	–	–
Molise	4	–	4	–	–
Campania	13	–	13	–	–
Puglia	12	–	12	–	–
Basilicata	5	–	5	–	–
Calabria	11	–	11	–	–
Sicilia	5	4	9	32,1%	47,3%
Sardegna	6	2	8	19,8%	27,7%
<b>Totale</b>	<b>183</b>	<b>13</b>	<b>196</b>	<b>5,2%</b>	<b>9,5%</b>

## 2.4. GLI INDICATORI ELABORATI

### 2.4.1. ASPETTI GENERALI

Gli indicatori elaborati, per Usl e Regione, sul database SDO riguardano:

- giorni di ospedalizzazione degli adulti per causa e sesso,
- dimessi per causa e sesso (atlante dei ricoveri).

Entrambi gli indicatori rappresentano, come evidenziabile dalla descrizione più avanti riportata, un primo approccio – sicuramente perfezionabile – al fenomeno della ospedalizzazione. Questa scelta è stata tuttavia preferita a linee di analisi più approfondite soprattutto in ragione della qualità dei dati acquisiti. Si è cercato, con tali indicatori, di quantificare l'impatto del fenomeno “ricovero ospedaliero” in termini sia di tempo “speso” da parte dei pazienti ricoverati sia della frequenza di ricoveri occorsa nella popolazione, ottenendo indicazioni, sia pure generali e da esaminare con alcune cautele, della variabilità sul territorio nazionale del “carico” di ospedalizzazione sulla popolazione italiana. Un “carico”, come si vedrà più avanti, significativamente eterogeneo sia a

14. Le aree metropolitane di Roma e Torino comprendono rispettivamente 5 e 4 Usl; trattando ciascuna come unica Usl si passa pertanto da 196 a 189 Usl; eliminando infine le 13 Usl sopra menzionate si ottengono le 176 esposte. Cfr anche capitolo 8, paragrafo 8.1.2.

livello regionale che di Usl, ma che può trovare spiegazione nelle varie componenti che ne determinano la maggiore o minore rilevanza quantitativa (ad esempio, rispetto alla media nazionale) e che sono:

- a) incidenza / prevalenza della malattia e, in generale, fattori epidemiologici,
- b) grado di severità della patologia e altre differenziazioni di carattere clinico,
- c) differenziazione dell'approccio alla malattia per percorsi diagnostico-terapeutici,
- d) variabilità delle risorse disponibili (personale, attrezzature, presidi, ecc.),
- e) eterogeneità nell'organizzazione dei servizi sanitari.

L'attuale carenza di dati in merito a tali "determinanti" del carico di ospedalizzazione non permette di valutare l'apporto di ciascuno di questi fattori all'indicatore "giorni di ospedalizzazione": non sono infatti reperibili informazioni e dati esaustivi e disaggregati per Usl, modalità espositiva territoriale scelta invece per il MESS (*Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari*, cuore informativo di Prometeo<sup>15</sup>).

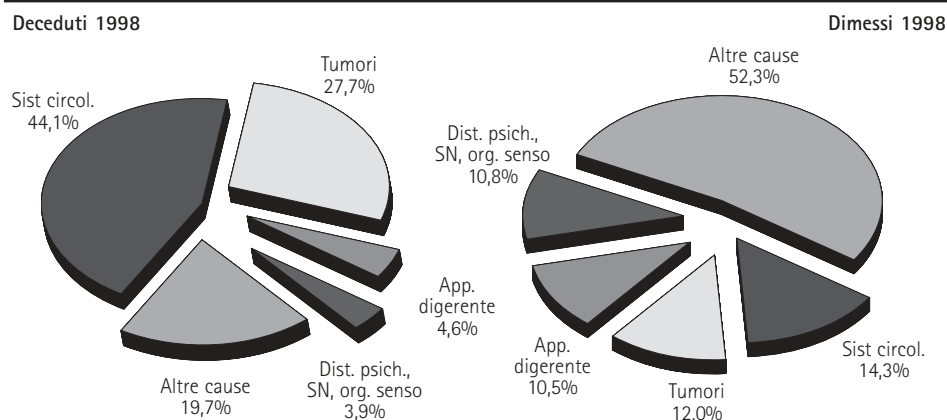
In particolare, la carenza informativa circa la situazione epidemiologica del Paese impedisce qualsiasi analisi che permetta di analizzare congiuntamente assistenza sanitaria fornita e fabbisogno di salute effettivo.

Anche nell'ambito della *Relazione sullo stato sanitario del Paese*<sup>16</sup> viene tentato un approfondimento sulla diffusione delle principali cause di malattia, ma il più delle volte ciò avviene attraverso indicatori "indiretti" (mortalità per causa, autopercezione dei cittadini, ecc.) o indagini "parziali" (dedicate a territori limitati), spesso mediante dati non aggiornati, e comunque non sufficienti a realizzare un confronto fra le diverse micro-aree del Paese (province, Usl).

Rispetto alla mortalità, ad esempio, appare interessante notare le differenze fra la distribuzione per grandi gruppi di causa dei decessi e dei dimessi, che, sia pure in estrema sintesi, consente di verificare come le frequenze relative alle cause di malattia e di morte risultino fra loro disomogenee all'interno delle due statistiche.

La figura 2.4.1. evidenzia infatti come le malattie del sistema circolatorio e i tumori siano responsabili di oltre il 70% dei casi di morte, ma di poco più di un quarto delle dimissioni; di contro, le malattie dell'apparato digerente, i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, che complessivamente causano l'8,5 dei decessi, rappresentano oltre il 20% delle dimissioni. Le altre cause, non evidenziate singolarmente nei due grafici, com-

FIGURA 2.4.1. Composizione per causa dei deceduti e dei dimessi nell'anno 1998



15. Si rimanda al modello informatizzato di navigazione del MESS per la consultazione degli specifici indicatori per singola Usl (cfr CD allegato al presente volume).

16. Ministero della Sanità - Direzione Generale Studi, *Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini* Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, Aprile 2001.

pletivamente determinano meno del 20% dei decessi ma concorrono per oltre il 50% alla casistica SDO.

Quanto esposto nella figura è solo un esempio di come alcuni indicatori di carattere demografico, come la mortalità per causa, risultino insufficienti per una analisi mirata alla conoscenza epidemiologica.

L'analisi ormai su base quinquennale realizzata da Prometeo sui decessi per causa evitabile riguarda un numero di cittadini relativamente esiguo, se confrontato con il volume di ricoveri che annualmente avvengono in Italia: il numero di morti evitabili per il 1998 è infatti risultato pari a 78.974 casi<sup>17</sup>, contro gli oltre 12 milioni di ricoveri, parte dei quali correlabili alle medesime cause evitabili<sup>18</sup>.

L'analisi degli indicatori realizzati in base alle risultanze ottenute dalla elaborazione delle SDO permette alcune considerazioni che possono fornire una prima indicazione dell'impatto sulla popolazione delle diverse cause di malattia.

#### 2.4.2. GIORNI DI OSPEDALIZZAZIONE DEGLI ADULTI

L'indicatore è stato realizzato considerando le giornate di degenza registrate e la popolazione riferite, per entrambe le variabili, alla classe di età 15-64 anni e relative ad una selezione di cause di malattia.

I valori riportati nel MESS e nelle tavole del presente capitolo sono espressi in giorni di ospedalizzazione di dimessi adulti per 100 residenti in età 15-64 anni. La scelta della classe "centrale", quella degli adulti dai 15 ai 64 anni, è stata compiuta in ragione delle seguenti considerazioni:

- confermare l'attenzione di Prometeo rivolta, fin dalla prima edizione, ad una fascia di età "intermedia", rispetto alla quale viene adottata la definizione di "mortalità evitabile" (5-69 anni) nel caso di decessi per le cui cause si ravvisino possibilità di intervento attraverso prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, corrette modalità in termini di igiene e assistenza sanitaria;
- la delimitazione della classe di età dai 15 ai 64 anni, diversamente dall'intervallo utilizzato per l'analisi della mortalità evitabile, è dovuta
  - in primo luogo, al fatto che nell'ambito della statistica sanitaria la c.d. "popolazione adulta" è definita per la fascia 15-64 anni; una analisi così impostata consente pertanto un miglior confronto con eventuali altre indagini nel settore dell'assistenza sanitaria che, se affrontate per grandi fasce di età, sono solitamente orientate all'analisi delle aree pediatrica, anziana e, appunto, adulta;
  - in secondo luogo, a motivazioni di ordine tecnico, legate alle classi di età per le quali sono stati resi disponibili i dati oggetto di questa ricerca<sup>19</sup>, che non rendono possibile realizzare elaborazioni per la classe 5-69 anni;
- l'eterogeneità riscontrata fra le cause di ricovero nella fascia adulta rispetto a quelle pediatrica e anziana rende di maggior interesse un approfondimento in merito alla popolazione 15-64 anni, infatti
  - i ricoveri in età anziana sono per quasi un quarto dovuti a malattie circolatorie e per circa il 16% a patologie oncologiche; se a queste due cause si aggiungono le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e le patologie dell'apparato digerente si raggiunge il 63% del totale ricoveri

17. Si rimanda al capitolo 1 per ogni approfondimento in materia di mortalità evitabile.

18. La tipologia dei dati a disposizione non consente di approfondire in questo senso l'analisi condotta sulle SDO. Non è stato pertanto ritenuto perseguibile l'obiettivo di indagare nell'ambito della casistica dei dimessi in merito alle cause evitabili.

19. Cfr paragrafo 2.2.

relativi a questa classe;

- nel caso di dimessi in età pediatrica, il 20% delle dimissioni riguarda malattie dell'apparato respiratorio, il 13% patologie dell'apparato digerente, il 17% malformazioni congenite e patologie perinatali, il 10% traumi e avvelenamenti; in totale, questi quattro gruppi assorbono circa il 60% del totale dei casi;
- fra gli adulti, sono invece necessari ben 7 gruppi di cause per raggiungere il 65% della casistica dei dimessi in età 15-64 anni (cfr oltre);
- infine, la classe 15-64 anni, equivalente a due terzi della popolazione nazionale, sconta in misura minore le dinamiche e le peculiarità demografiche dei soggetti in età pediatrica e degli anziani; per i successivi approfondimenti sullo stesso tema appare quindi plausibile la possibilità di confronti in serie storica utilizzando la fascia di età più stabile, quella adulta, fra le tre disponibili.

Per l'elaborazione di questo indicatore è stata inoltre operata una selezione dei gruppi di cause di malattia analizzati, escludendo:

- malformazioni congenite e patologie perinatali, *dato l'obiettivo di focalizzare l'attenzione sugli adulti 15-64enni*;
- gravidanza, parto e puerperio, *per permettere un miglior confronto fra gli indicatori per i due sessi (calcolati, come detto, separatamente)*;
- malattie infettive, endocrine del ricambio e della nutrizione, dell'apparato respiratorio e altri raggruppamenti minori *caratterizzati da una frequenza non superiore al 5% rispetto alle giornate o ai casi di ricovero*;
- disturbi psichici, *in quanto più di altri questo gruppo può fornire risultati eterogenei sul territorio dovuti in misura determinante ad aspetti organizzativi, risultando infatti condizionato dalla diversa articolazione, anche su base regionale, dei Dipartimenti di Salute Mentale, non trattati nell'ambito della presente ricerca.*

La tavola 2.4.1. riporta il numero di giornate di ricovero relative ai gruppi di cause considerati. L'indicatore "giorni di ospedalizzazione degli adulti" è stato elaborato, come già evidenziato, sulla base di oltre il 60% delle giornate di degenza registrate nel complesso per questa fascia di età; rispetto al totale, oltre un quarto sono addebitabili a tumori e malattie del sistema circolatorio; il terzo gruppo in ordine di frequenza è quello relativo alle malattie dell'apparato digerente; a seguire, quattro gruppi di cause ciascuno dei quali supera la soglia del 5% ma non oltrepassa quella del 10%.

Va adeguatamente sottolineato che l'elaborazione dell'indicatore "giorni di ospedalizzazione degli adulti", e pertanto anche della tavola 2.4.1, è stata condotta pesando:

- ciascuna giornata di degenza in regime di ricovero ordinario = 1,
- ciascuna giornata di degenza in regime di day hospital (accesso) = 1/3.

Tale scelta è derivata dalla disomogenea dislocazione, sul territorio nazionale e per le diverse discipline, dei letti di day hospital e conseguentemente del differente impatto che questa forma di ospedalizzazione genera sul fenomeno ricoveri in genere. Si è perciò ritenuto opportuno integrare questa forma di ospedalizzazione nell'indicatore proposto pur pesando le relative giornate (accessi) pari ad un terzo.

Si tratta evidentemente di una convenzione arbitraria: una valutazione realistica del "peso" di una giornata in day hospital rispetto ad una giornata in ricovero ordinario richiederebbe una rilevazione "ad hoc" sui tempi di permanenza in ospedale in caso di ricovero in regime di day hospital, indagine della quale non è stata rintracciata alcuna esperienza di rilievo nazionale.

**TAVOLA 2.4.1. Giornate di ricovero per pazienti adulti (età 15-64 anni)***Le giornate di day hospital (accessi) sono conteggiate al 33%.*

GRUPPO DI CAUSE	GIORNATE DI RICOVERO PAZIENTI ADULTI	
	VAL. ASS.	COMP. %
A - Tumori	4.109.945	12,9%
B - Malattie sistema circolatorio	3.604.147	11,3%
C - Malattie apparato digerente	3.586.082	11,3%
D - Traumatismi e avvelenamenti	3.095.617	9,7%
E - Malattie sistema genito-urinario	2.223.962	7,0%
F - Malattie sistema nervoso e organi di senso	1.721.009	5,4%
G - Malattie sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo	1.872.851	5,9%
<b>Totale selezione</b>	<b>20.213.612</b>	<b>63,4%</b>
Cause escluse dalla selezione	11.645.627	36,6%
<b>Totale generale</b>	<b>31.859.239</b>	<b>100,0%</b>

Valutare in un terzo l'impatto di un accesso in day hospital vuol dire, di fatto, limitare alle sole ore diurne in senso stretto (escludendo pertanto le ore serali e notturne) il tempo massimo destinato dal paziente a tale tipologia di giornata di ricovero, contro le 24 ore di permanenza in ospedale per giornata di ricovero in regime ordinario.

**2.4.3. ATLANTE DEI RICOVERI**

L'indicatore consiste nel numero di episodi di ricovero per mille abitanti, considerando la casistica senza alcuna limitazione, né in ordine all'età né rispetto alle cause, e adottando quale numeratore la somma dei dimessi in regime di ricovero ordinario e di day hospital.

Pur disponendo di classi di età ad ampiezza variabile<sup>20</sup> è stata comunque operata una standardizzazione con il metodo della "popolazione tipo" (adottando quella "internazionale")<sup>21</sup>, in modo da attenuare, sia pur limitatamente, l'effetto della diversa composizione per classi di età della popolazione sia a livello di Usl che di Regione<sup>22</sup>.

La tavola 2.4.2. riporta la numerosità dei ricoveri (somma dei dimessi in regime di degenza ordinaria e di day hospital) per gruppo di cause.

Va sottolineato che questo indicatore non può essere confrontato, se non mediante opportune chiavi di lettura, con il tasso di ospedalizzazione: quest'ultimo, infatti, risulta calcolato come numero di pazienti rispetto alla popolazione residente, cioè depurando il numero di ricoveri degli eventi ripetuti a carico dello stesso paziente.

È evidente come l'ordine di grandezza fra i due indicatori risulti significativamente somigliante, ma un confronto diretto, soprattutto su scala nazionale o regionale, può comportare una interpretazione non corretta delle variazioni che emergono dagli indicatori elaborati.

**2.5. AVVERTENZE PER LA LETTURA DEI RISULTATI**

Va sottolineato, anche tenuto conto della definizione di ACC precedentemente richiamata, che gli indicatori proposti non sono correlabili a statistiche nazionali, regionali o di Usl elaborate per le seguenti variabili:

20. Cfr paragrafo 2.2..

21. Per gli aspetti metodologici si rimanda al capitolo 8 Materiali e Metodi, paragrafo 8.2 Popolazione.

22. Per approfondimenti si rimanda ai paragrafi dedicati al Contesto demografico dei capitoli 3 e 4.

- a) DRG/MDC<sup>23</sup>, in quanto alla attribuzione del DRG possono concorrere, oltre che la diagnosi principale (base della codifica per ACC di diagnosi), le eventuali diagnosi secondarie, l'intervento principale e le procedure segnalate sulla SDO;
- b) Istituto di ricovero, poiché l'elevata mobilità interregionale e fra le Aziende Usl comporta un significativo numero di ricoveri di non residenti nel territorio della Usl o della Regione sul quale insiste il presidio ospedaliero presso il quale avviene il ricovero; gli indicatori sono stati elaborati in funzione della Usl di residenza del paziente e sono pertanto indipendenti dall'Istituto di origine della SDO.

La valenza degli indicatori proposti nell'ambito del MESS è pertanto da individuare in un'area prossima più ad approfondimenti di carattere epidemiologico-organizzativo che non amministrativo-gestionale.

Come già evidenziato, ciascun indicatore è infatti da intendersi relazionato ai soggetti residenti in uno specifico ambito territoriale, senza alcuna finalità di analisi nei confronti dell'Istituto erogatore dell'assistenza ospedaliera fruita da tali soggetti né della valorizzazione economica (DRG) associabile a tale prestazione. Va inoltre sottolineato che la lettura degli indicatori, l'interpretazione degli stessi ed il loro utilizzo sono percorsi significativamente vincolati al carattere sperimentale di questo primo tentativo di ricerca sulle SDO, non altrove affrontato al medesimo livello di dettaglio (causa, sesso e Usl di residenza) e per l'intero territorio nazionale.

TAVOLA 2.4.2. Numero di dimessi per causa - Regime di ricovero ordinario e di day hospital

GRUPPO DI CAUSE	DIMESSI	
	VAL. ASS.	COMP. %
1. malattie infettive e parassitarie	242.459	2,1%
2.1 tumori maligni apparato gastrointestinale	179.472	1,6%
2.2 tumori maligni della mammella	96.588	0,8%
2.3 tumori organi genitali	89.187	0,8%
2.4 altri tumori	812.687	7,1%
2.5 chemioterapia e radioterapia	228.194	2,0%
totale tumori	1.406.128	12,2%
3. malattie endocrine, ricambio e nutrizione	381.037	3,3%
4. disturbi psichici	323.891	2,8%
5. mal. sistema nervoso e organi di senso	937.051	8,1%
6.1 infarto miocardico acuto e altre cardiopatie ischemiche	345.250	3,0%
6.2 malattie cerebrovascolari	282.920	2,5%
6.3 altre malattie sistema circolatorio	1.040.248	9,0%
totale malattie sistema circolatorio	1.668.418	14,5%
7. malattie apparato respiratorio	850.980	7,4%
8.1 ernia addominale	230.202	2,0%
8.2 altre malattie apparato digerente	998.063	8,7%
totale malattie apparato digerente	1.228.268	10,7%
9. malattie sistema genitourinario	926.515	8,1%
10. gravidanza, parto e puerperio	874.550	7,6%
11. malattie sistema muscolo-scheletrico e connettivo	545.586	4,7%
12. malformazioni congenite e patologie perinatali	261.781	2,3%
13.1 fratture	446.191	3,9%
13.2 altri traumatismi e ustioni	611.482	5,3%
13.3 avvelenamenti	38.890	0,3%
totale traumatismi e avvelenamenti	1.096.563	9,5%
14. altre cause	764.242	6,6%
<b>Totale casi</b>	<b>11.507.466</b>	<b>100,0%</b>

23. Major Diagnostic Category (categoria diagnostica principale); si tratta di categorie che raggruppano i circa 500 DRG in 25 gruppi principali.

## 2.6. OSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI ADULTI

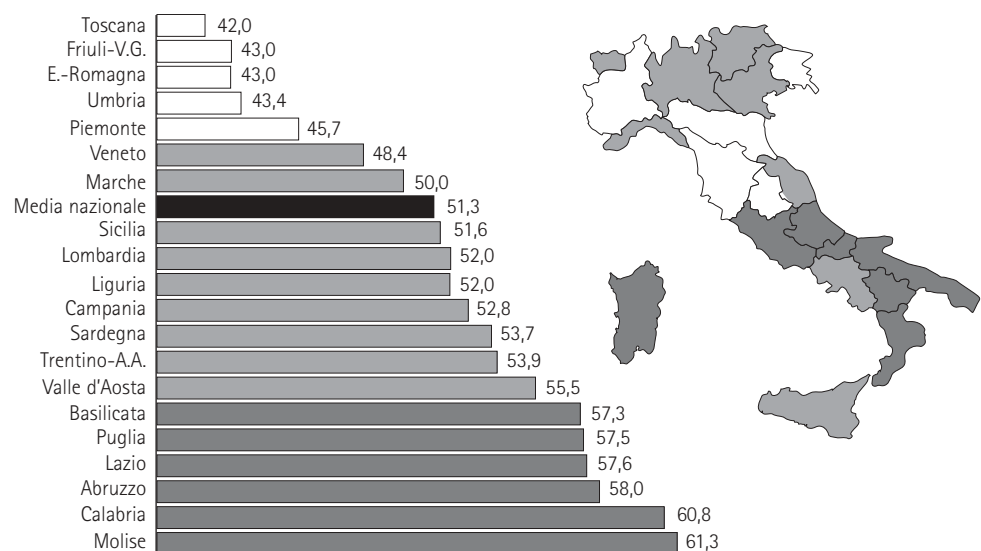
Una prima valutazione dei risultati ottenuti elaborando le giornate di degenza registrate dalle SDO è quella per regione e per sesso, che lascia intravedere una tendenza che, sia pur non nettamente, risulta tuttavia riconducibile ad una lettura geografica.

Da sottolineare, tuttavia, che non è stato valutato l'impatto dell'effetto della diversa struttura per età dei dimessi e della popolazione: come anticipato, si è inteso infatti misurare senza alcun correttivo l'entità del "consumo" di tempo trascorso in ospedale.

Nella figura 2.6.1. vengono individuate tre classi di regioni, a seconda che il valore assunto dall'indicatore sia più o meno vicino a quello medio nazionale, quest'ultimo pari a 51 giorni di ospedalizzazione ogni cento residenti e calcolato, si ricorda, sulla base di pazienti e residenti di età compresa fra i 15 ed i 64 anni e con riferimento ad una selezione di cause di ricovero<sup>24</sup>:

- indicatore prossimo al valore medio nazionale ( $\pm 5$  giorni per 100 ab.) ~ *le regioni che meno si discostano dalla media nazionale sono Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Liguria, Marche, Campania, Sicilia, Sardegna;*
- indicatore inferiore al valore medio nazionale ~ *si tratta di cinque regioni centro-settentrionali (Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Piemonte) per ciascuna delle quali si registra un numero di giorni di ospedalizzazione non superiore a 46;*
- indicatore superiore al valore medio nazionale ~ *le regioni caratterizzate dal più elevato numero di giorni di ospedalizzazione della popolazione adulta, non inferiore a 56, sono tutte centro-meridionali (Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria).*

FIGURA 2.6.1. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 anni, per Regione (maschi e femmine)



La scomposizione per gruppi di cause (tavola 2.6.1.) evidenzia che:  
a) il maggior contributo al valore generale dell'indicatore è dato dai tumori,

24. Cfr paragrafo 2.4.2. (Giorni di ospedalizzazione degli adulti).

- con 10,0 giornate di ospedalizzazione per 100 adulti sulle 51,3 totali, seguito dalle malattie dell'apparato digerente (9,2), queste ultime di poco superiori alle patologie del sistema circolatorio e ai traumatismi e avvelenamenti (entrambi i gruppi attestati a 8,8); le malattie del sistema genito-urinario, del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo e del sistema nervoso e organi di senso assorbono le restanti 14,6 giornate di ospedalizzazione;
- b) esclusa la provincia autonoma di Bolzano, tutte le regioni settentrionali sono caratterizzate da un numero di giorni di ospedalizzazione per tumori superiore alla media nazionale, fino ad assumere il massimo in Valle d'Aosta; nel centro-sud le uniche regioni con analoghi valori sono Sardegna, Molise e Lazio;
- c) al contrario dei tumori, le giornate di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio risultano oltre la media nazionale in tutta l'area meridionale, escluse le isole ma fino a comprendere il Lazio e le Marche, e tornando ad assumere un valore oltre la media, peraltro in misura assai modesta, solo in Lombardia e nella provincia autonoma di Bolzano;
- d) altrettanto nettamente si disegna la tendenza per le malattie dell'apparato digerente, con valori significativamente maggiori al sud rispetto al nord del paese, ad eccezione della Valle d'Aosta e, in misura tuttavia trascurabile, della provincia di Trento, della Liguria e del Lazio;
- e) per il gruppo relativo a traumatismi e avvelenamenti non sono evidenziate tendenze di carattere geografico; vale la pena di notare come questo gruppo risulti assorbire il numero maggiore di giorni di ospedalizzazione fra gli adulti della provincia autonoma di Bolzano.

**TAVOLA 2.6.1. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64, per Regione e gruppo di causa \* (maschi e femmine)**

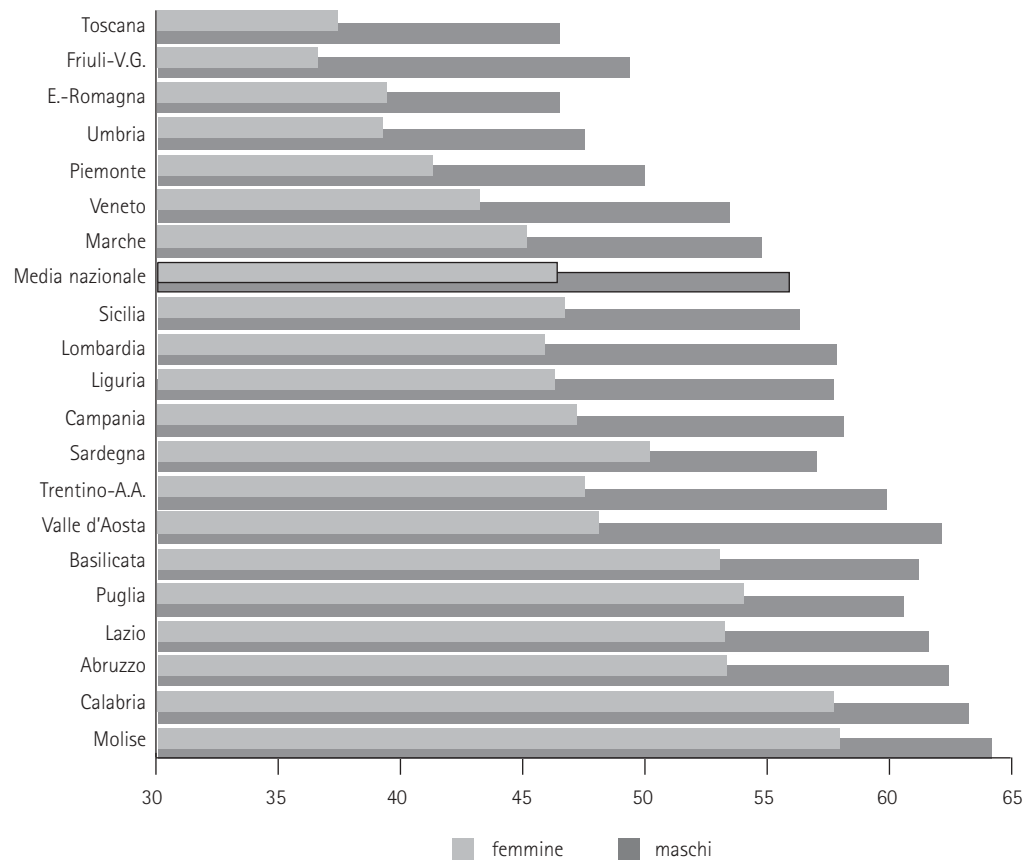
REGIONE	TUMORI	CIRCOL.	DIGER.	TRAUM.	GENIT.	NERV.	MUSC.	TOTALE
Piemonte	10,4	7,3	8,2	7,5	4,6	3,9	4,0	45,7
Valle d'Aosta	13,5	8,0	10,8	9,3	4,8	5,1	4,1	55,5
Lombardia	10,9	9,1	8,8	9,3	5,1	4,2	4,6	52,0
p.a. Bolzano	9,6	9,2	8,3	12,3	5,3	4,7	5,8	55,1
p.a. Trento	11,0	7,9	9,3	9,9	6,0	4,5	4,3	52,9
Veneto	10,3	8,2	7,6	8,5	4,5	4,3	5,0	48,4
Friuli-V. G.	10,6	6,9	7,2	7,5	3,7	3,6	3,5	43,0
Liguria	10,5	7,9	9,3	10,1	5,4	4,6	4,3	52,0
E.-Romagna	10,3	7,3	6,8	7,7	4,2	3,3	3,6	43,0
Toscana	8,5	7,2	7,0	8,3	4,1	3,2	3,6	42,0
Umbria	8,3	7,5	7,6	7,4	5,6	3,6	3,5	43,4
Marche	9,6	9,8	8,3	8,3	5,4	4,6	4,1	50,0
Lazio	10,8	9,7	9,3	10,8	5,7	6,2	5,0	57,6
Abruzzo	9,9	9,5	10,3	9,5	7,5	5,6	5,8	58,0
Molise	11,0	10,4	12,3	8,5	8,7	5,0	5,4	61,3
Campania	8,7	10,5	10,8	8,5	6,5	3,8	3,8	52,8
Puglia	9,5	9,2	11,4	9,0	7,7	4,7	6,0	57,5
Basilicata	9,4	9,2	12,4	8,2	7,2	5,1	5,9	57,3
Calabria	8,6	11,2	12,8	8,8	7,7	5,3	6,4	60,8
Sicilia	8,5	8,6	10,4	8,6	6,3	4,4	4,7	51,6
Sardegna	11,4	7,8	11,2	7,5	6,1	4,8	4,9	53,7
<b>Media nazionale</b>	<b>10,0</b>	<b>8,8</b>	<b>9,2</b>	<b>8,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>51,3</b>

\* abbreviazioni utilizzate: Circol. = sistema circolatorio; Diger. = apparato digerente; Traum. = traumatismi e avvelenamenti; Genit. = sistema genito-urinario; Nerv. = sistema nervoso e organi di senso; Musc. = sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo

La figura 2.6.2. permette di osservare che per le femmine i giorni di ospedalizzazione sono significativamente minori che per gli uomini.

Il valore medio nazionale (cfr figura 2.6.2.) calcolato separatamente per i due sessi è pari a 56,0 per i maschi e a 46,5 per le femmine.

FIGURA 2.6.2. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15–64 anni, per Regione e sesso



L'andamento regionale risulta del tutto analogo a quello registrato per l'indicatore non disaggregato, anche se con alcune peculiarità che vale la pena di rilevare:

- in Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria per l'indicatore proposto si rileva uno scarto superiore alle 10 giornate fra l'ospedalizzazione dei maschi e quello delle femmine; oltre alle 6 regioni del nord sopra citate, si aggiunge, con analoga caratteristica, una sola regione meridionale, la Campania;
- il Molise e la Calabria, che risultano essere le regioni con il più elevato contributo di giorni di ospedalizzazione per 100 residenti adulti (cfr grafico 2.6.1.), mantengono questo primato anche elaborando separatamente gli indicatori per sesso;
- nel caso dell'indicatore calcolato per le sole femmine, due regioni del nord si collocano ad un livello inferiore rispetto alla media nazionale (Liguria e Lombardia) ed altre due regioni del nord si approssimano, anche se superiormente, allo stesso valor medio (Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta).

Le tavole 2.6.2 e 2.6.3 consentono di cogliere quali siano le principali componenti della disparità fra maschi e femmine e, per ciascun sesso, quale contributo forniscano le singole cause di malattia:

- per i maschi, la causa che assorbe il maggior numero di giorni di ospedalizzazione fra gli adulti è quella relativa ai traumatismi e avvelenamenti, lievemente superiore a quanto registrato per le patologie del sistema circola-

torio (11,9 la prima, 11,3 giorni la seconda); con 10,1 e 9,6 giorni di ospedalizzazione su 56,0 totali seguono le malattie dell'apparato digerente e i tumori, mentre le restanti tre cause assorbono 13,3 giornate complessivamente;

- b) per le femmine, il cui dato complessivo si attesta a quasi 10 giorni in meno rispetto agli uomini, il gruppo che contribuisce maggiormente all'indicatore generale è quello relativo ai tumori (10,4), in modo significativamente superiore a qualsiasi altra causa; il secondo gruppo, quello relativo alle malattie dell'apparato digerente, è inferiore di due punti rispetto al primo (8,4); a seguire, le malattie del sistema genito-urinario, quelle del sistema circolatorio ed i traumatismi (complessivamente 18,5 giornate), mentre le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e le patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo si collocano entrambe al di sotto delle 5 giornate di ospedalizzazione per 100 residenti adulti delle 46,5 totali;
- c) gli andamenti geografici per singolo gruppo di cause sono generalmente rispettati anche osservando le distribuzioni per sesso;
- d) per le femmine, le giornate di ospedalizzazione per tumore sono significativamente superiori a quelle per malattie dell'apparato digerente in tutte le regioni settentrionali; spostandosi verso il centro ed il sud del Paese questa differenza tende via via a diminuire fino ad invertirsi, come nel caso di Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, dove si registra una maggior frequenza di giorni per le malattie dell'apparato digerente che per i tumori.

**TAVOLA 2.6.2. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 per Regione e gruppo di causa \* maschi**

REGIONE	TUMORI	CIRCOL.	DIGER.	TRAUM.	GENIT.	NERV.	MUSC.	TOTALE
Piemonte	10,2	9,5	8,7	10,2	3,8	3,8	3,8	50,1
Valle d'Aosta	14,5	10,5	11,0	13,1	4,1	5,0	4,1	62,4
Lombardia	10,7	12,0	9,9	12,7	4,4	4,0	4,4	58,1
p.a. Bolzano	8,9	11,0	10,2	17,8	3,6	5,3	5,9	62,7
p.a. Trento	10,5	9,6	10,2	13,7	5,4	4,3	4,1	57,8
Veneto	10,6	10,4	8,5	11,3	3,8	4,2	4,8	53,6
Friuli-V.G.	10,9	9,3	8,5	10,7	2,9	3,7	3,5	49,5
Liguria	10,4	10,6	9,7	13,6	4,9	4,5	4,2	57,9
E.-Romagna	9,7	9,7	7,4	10,4	3,2	3,1	3,1	46,6
Toscana	8,2	9,7	7,5	11,1	3,5	3,3	3,3	46,6
Umbria	8,2	10,0	8,1	9,7	4,9	3,7	3,1	47,6
Marche	9,1	12,9	9,4	11,1	4,5	4,3	3,7	54,9
Lazio	10,0	12,5	10,2	13,9	4,7	5,9	4,7	61,8
Abruzzo	9,3	12,1	11,4	12,7	6,3	5,2	5,7	62,7
Molise	10,6	12,7	13,5	11,4	6,6	4,4	5,2	64,5
Campania	8,5	13,6	11,9	11,7	5,1	4,0	3,7	58,3
Puglia	8,5	11,2	12,4	12,3	5,7	4,7	5,9	60,8
Basilicata	8,4	11,3	13,5	11,4	5,8	5,2	5,9	61,4
Calabria	7,7	13,4	13,8	11,8	5,7	5,4	5,7	63,6
Sicilia	7,7	11,1	10,9	12,0	5,4	4,4	5,0	56,5
Sardegna	10,7	9,9	12,0	10,5	4,8	4,8	4,6	57,2
<b>Media nazionale</b>	<b>9,6</b>	<b>11,3</b>	<b>10,1</b>	<b>11,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>4,4</b>	<b>56,0</b>

<sup>1)</sup> \* abbreviazioni utilizzate: *Circol.* = sistema circolatorio; *Diger.* = apparato digerente;

*Traum.* = traumatismi e avvelenamenti; *Genit.* = sistema genito-urinario;

*Nerv.* = sistema nervoso e organi di senso; *Musc.* = sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo

L'analisi dei dati per Usl di residenza del paziente dimesso consente di evidenziare alcune peculiarità che si correlano, tuttavia, con quanto emerso a livello regionale.

TAVOLA 2.6.3. Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti in età 15-64 per Regione e gruppo di causa \* femmine

REGIONE	TUMORI	CIRCOL.	DIGER.	TRAUM.	GENIT.	NERV.	MUSC.	TOTALE
Piemonte	10,6	5,0	7,6	4,7	5,4	3,9	4,1	41,4
Valle d'Aosta	12,4	5,3	10,5	5,2	5,5	5,3	4,0	48,3
Lombardia	11,2	6,2	7,8	5,7	5,8	4,4	4,8	46,0
p.a. Bolzano	10,4	7,5	6,4	6,6	7,0	4,1	5,6	47,6
p.a. Trento	11,4	6,1	8,4	6,0	6,7	4,7	4,5	47,8
Veneto	10,1	6,1	6,7	5,5	5,3	4,4	5,2	43,3
Friuli-V.G.	10,3	4,5	5,9	4,2	4,6	3,5	3,5	36,6
Liguria	10,7	5,3	8,9	6,6	5,9	4,7	4,3	46,4
Emilia-R.	10,8	5,0	6,2	4,9	5,2	3,5	4,0	39,5
Toscana	8,9	4,8	6,5	5,4	4,8	3,2	3,9	37,4
Umbria	8,5	5,0	7,1	5,0	6,4	3,4	3,9	39,3
Marche	10,1	6,7	7,3	5,4	6,3	4,9	4,4	45,2
Lazio	11,5	7,1	8,5	7,7	6,8	6,6	5,3	53,5
Abruzzo	10,5	6,9	9,3	6,2	8,7	6,0	6,0	53,5
Molise	11,4	8,2	11,1	5,6	10,9	5,5	5,6	58,2
Campania	9,0	7,6	9,9	5,4	7,9	3,7	3,9	47,3
Puglia	10,5	7,3	10,3	5,7	9,7	4,6	6,1	54,2
Basilicata	10,3	7,2	11,5	4,9	8,5	5,0	6,0	53,2
Calabria	9,4	9,1	11,8	5,7	9,7	5,2	7,1	58,0
Sicilia	9,3	6,2	10,0	5,3	7,1	4,4	4,5	46,8
Sardegna	12,1	5,8	10,4	4,5	7,4	4,9	5,1	50,3
<b>Media nazionale</b>	<b>10,4</b>	<b>6,3</b>	<b>8,4</b>	<b>5,6</b>	<b>6,6</b>	<b>4,5</b>	<b>4,8</b>	<b>46,5</b>

<sup>(\*)</sup> abbreviazioni utilizzate: *Circol.* = sistema circolatorio; *Diger.* = apparato digerente;

*Traum.* = traumatismi e avvelenamenti; *Genit.* = sistema genito-urinario;

*Nerv.* = sistema nervoso e organi di senso; *Musc.* = sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo

La tavola 2.6.4 riporta il numero di Usl per ripartizione geografica e per classi di giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti e segnala che:

- oltre la metà (26 su 40) delle Usl del nord-est si collocano nelle due classi di valori inferiori a 50, con 6 Usl nella classe più bassa (Thiene e Legnago in Veneto, Isontina e Friuli occidentale in Friuli Venezia Giulia, Modena e Ferrara in Emilia Romagna) e solo per una Usl del nord-est si registra un indice superiore a 70 giorni di ospedalizzazione dei pazienti adulti (la veneta Chioggia);
- le Usl del nord-ovest sono maggiormente orientate verso le classi centrali della distribuzione, pur facendo registrare per le Usl lombarde di Milano (per la quale si ottiene il più basso indice a livello nazionale) e Mantova valori entro la prima classe (< 40) e, di contro, per la Usl di Brescia, ancora in Lombardia, uno dei valori massimi rilevati;
- l'area del centro Italia risulta analoga, per distribuzione, a quella del nord-ovest, con 33 delle 36 Usl attestate su valori prossimi a quello medio nazionale (che, si ricorda, è pari a 51); nella classe di valori inferiori a 40 si collocano due Usl toscane (Firenze e Versilia), mentre Frosinone (Lazio) è la Usl per la quale si registra uno dei valori superiori a 70 giorni di ospedalizzazione dei pazienti adulti;

TAVOLA 2.6.4. Numero di Usl per giornate di ospedalizzazione degli adulti e per ripartizione geografica

CLASSI (GIORNI)	NORD-EST	NORD-OVEST	CENTRO	SUD E ISOLE	TOTALE
< 40	6	2	2	-	10
40   - 50	20	21	18	9	68
50   - 60	13	12	15	33	73
60   - 70	-	2	-	15	17
70 e più	1	1	1	5	8
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>62</b>	<b>176</b>

d) il sud e le isole, infine, sono caratterizzati da Usl che si collocano nelle fasce medio-alte dell'indicatore calcolato; nessuna Usl si colloca nella classe di valori più bassi e solo 9 Usl si posizionano nella seconda classe; le restanti 53 Usl fanno registrare valori pari o superiori a 50 giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti, con ben 5 Usl oltre la soglia dei 70 (la siciliana Trapani, le calabresi Crotone e Paola – che con Brescia registra il valore più elevato a livello nazionale – l'Alto Molise e la sarda Lanusei).

*In allegato al presente capitolo sono riportati gli indicatori registrati per sesso e nel complesso per singola Usl; si ricorda che 13 Usl sono state invalidate e che pertanto sono assenti dalla tavola. Dati di dettaglio per sesso e causa sono consultabili nel MESS – Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari presente nel CD allegato integrato al volume.*

## 2.7. ATLANTE DEI RICOVERI

Per l'indicatore relativo alle dimissioni per mille abitanti è stata scelta una modalità espositiva per una valutazione distinta del fenomeno fra i due sessi. Si ricorda, inoltre, che il numero di eventi analizzati include anche i cosiddetti "ricoveri ripetuti" a carico dello stesso paziente e rappresenta la somma dei dimessi in regime di ricovero ordinario e di day hospital; inoltre, l'indicatore è standardizzato con il metodo della popolazione-tipo<sup>25</sup>.

La lettura dell'indicatore generale non mostra, in questo caso, tendenze geografiche riconoscibili, rintracciabili invece nell'analisi per alcune specifiche cause (cfr oltre). La tavola 2.7.1. riporta i risultati per regione e sesso e le differenze fra ciascuna regione ed il valore medio nazionale calcolato per maschi (187,2 dimissioni per 1.000 residenti) e femmine (191,6):

a) Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio e Molise sono caratterizzate da un indice ampiamente inferiore a quello medio nazionale sia nel caso dei

**TAVOLA 2.7.1. Dimissioni per 1.000 residenti, per Regione e sesso (tutte le età) e differenza rispetto al valore medio nazionale (indice standardizzato per età)**

REGIONE	MASCHI		FEMMINE	
	DIMISSIONI PER 1000 RES.	DIFFER. CON MEDIA NAZ.	DIMISSIONI PER 1000 RES.	DIFFER. CON MEDIA NAZ.
Piemonte	191,3	+ 4,1	195,5	+ 3,9
Valle d'Aosta	196,4	+ 9,2	199,9	+ 8,3
Lombardia	192,4	+ 5,2	194,5	+ 2,9
p.a. Bolzano	180,1	- 7,1	189,9	- 1,7
p.a. Trento	192,0	+ 4,8	202,8	+ 11,2
Veneto	184,4	- 2,8	187,2	- 4,4
Friuli Venezia Giulia	143,1	- 44,1	151,9	- 39,7
Liguria	205,1	+ 17,9	205,4	+ 13,8
Emilia Romagna	183,8	- 3,4	193,4	+ 1,8
Toscana	164,9	- 22,3	168,3	- 23,3
Umbria	198,5	+ 11,3	200,5	+ 8,9
Marche	189,9	+ 2,7	189,7	- 1,9
Lazio	174,5	- 12,7	178,4	- 13,2
Abruzzo	191,9	+ 4,7	194,8	+ 3,2
Molise	172,6	- 14,6	181,3	- 10,3
Campania	188,3	+ 1,1	188,5	- 3,1
Puglia	207,4	+ 20,2	217,7	+ 26,1
Basilicata	188,0	+ 0,8	195,2	+ 3,6
Calabria	196,3	+ 9,1	209,4	+ 17,8
Sicilia	192,8	+ 5,6	190,8	- 0,8
Sardegna	202,2	+ 15,0	206,4	+ 14,8
<b>Media nazionale</b>	<b>187,2</b>	<b>-</b>	<b>191,6</b>	<b>-</b>

<sup>25</sup>. Cfr paragrafo 2.4.3. (Atlante dei ricoveri).

- maschi che delle femmine;
- b) Liguria, Puglia e Sardegna sono le regioni con un indice ampiamente superiore al valore medio generale sia per i maschi che per le femmine; superano tale soglia anche la provincia autonoma di Trento e la Calabria per le sole femmine e l'Umbria per i soli maschi;
- c) per i maschi, si collocano invece in un intorno del valor medio nazionale ( $\pm 10$  dimissioni per 1000 residenti) tutte le regioni settentrionali, ad eccezione di Liguria ed Emilia Romagna; a queste si affiancano Marche, Abruzzo, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia;
- d) per le femmine, Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e la provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia si attestano su valori prossimi a quello nazionale ( $\pm 10$  dimissioni per 1.000 residenti).

La tavola 2.7.2. mostra la scomposizione del valore medio nazionale per i gruppi di cause analizzati per sesso; eliminando il gruppo "gravidanza, parto e puerperio" l'indice per le femmine passa da poco più di 190 a circa 160 dimissioni per 1000 residenti, significativamente inferiore rispetto all'indice generale per i maschi, in linea con quanto riscontrato anche nell'analisi dei giorni di ospedalizzazione dei pazienti adulti (cfr. paragrafo 2.6.).

**TAVOLA 2.7.2. Dimissioni per 1.000 residenti, per causa e sesso (tutte le età)**  
(indice standardizzato per età)

GRUPPO DI CAUSE	MASCHI	FEMMINE
Mal. infettive e parassitarie	5,2	3,6
Tumori maligni app. gastrointest.	2,4	1,3
Tumori maligni della mammella		2,1
Tumori organi genitali	0,8	1,1
Altri tumori	11,1	9,8
Chemioterapia e radioterapia	2,9	3,0
Mal. endocrine, ricambio e nutrizione	5,4	7,6
Disturbi psichici	5,3	4,8
Mal. sistema nervoso e org. senso	13,0	13,3
IMA e altre cardiop. ischemiche	5,3	1,8
Mal. cerebrovascolari	2,9	2,1
Altre mal. cardiocircolatorie	13,3	10,1
Mal. app. respiratorio	20,2	14,3
Ernia addominale	5,4	1,3
Altre mal. app. digerente	17,2	16,4
Mal. sist. genitourinario	12,6	15,8
Gravidanza, parto e puerperio		30,0
Mal. sist. muscolo-scheletrico e connettivo	6,9	7,9
Malformaz. congenite e pat. perinatali	11,4	9,4
Fratture	8,7	5,2
Altri traumatismi e ustioni	14,4	7,7
Avvelenamenti	0,8	0,9
Altre cause	21,8	22,0
<b>Totale cause</b>	<b>187,2</b>	<b>191,6</b>

Per alcuni gruppi di cause può essere interessante osservare quanto segue (tavola 2.7.3.):

- a) tumori ~ ad eccezione della Sardegna (per la quale si registra il massimo valore regionale per questo gruppo di cause), tutte le regioni centro-meridionali presentano valori inferiori alla media nazionale (pari a 22 per i maschi e 21 per le femmine); a queste si aggiungono le due province di Bolzano (valore minimo per entrambi i sessi) e Trento ed il Friuli Venezia Giulia;

- b) tumore della mammella della donna ~ nell'ambito più generale dei tumori, di cui al punto precedente, il tumore della mammella fa registrare in tutte le regioni settentrionali, ad eccezione della Valle d'Aosta e del Friuli Venezia Giulia, valori più elevati della media nazionale; tutte le regioni del centro-sud sono invece caratterizzate da indici inferiori a quello medio totale, ad eccezione della Sardegna, per la quale si registra il numero massimo di ricoveri per questa specifica patologia;
- c) apparato digerente ~ tutte le regioni meridionali sono caratterizzate da un numero di ricoveri per mille abitanti superiore alla media nazionale; nel centro-nord la maggior parte dei valori regionali si colloca su valori inferiori a quello medio totale, con alcune eccezioni (Valle d'Aosta e Umbria e, per le sole femmine, la provincia di Trento e la Liguria);
- d) traumatismi e avvelenamenti ~ nel caso dei maschi è evidenziabile una tendenza geografica secondo la quale nel meridione si registra quasi ovunque (eccetto Molise e Sardegna) un numero di dimissioni per mille abitanti superiore alla media nazionale; ad un centro-nord caratterizzato da un indice inferiore a quello medio complessivo fanno eccezione le due province autonome di Bolzano e Trento e la Liguria; per le femmine questo gradiente territoriale non risulta altrettanto definito e l'indicatore medio è di dieci punti inferiore a quello registrato per i maschi.

**TAVOLA 2.7.3. Dimissioni per 1.000 residenti per alcune cause, per Regione e sesso (tutte le età)** (indice standardizzato per età - 'mamm.' = tumore della mammella)

REGIONE	TUMORI			APPARATO DIGERENTE		TRAUMATISMI E AVVEL.	
	MASCHI	FEMMINE		MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	TOTALE	TOTALE	DI CUI MAMM.				
Piemonte	24,3	22,3	2,5	21,5	17,1	18,5	10,5
Valle d'Aosta	26,0	22,6	1,7	23,9	20,2	21,1	12,1
Lombardia	27,6	25,8	2,5	21,2	16,3	23,6	13,5
p.a. Bolzano	14,7	15,3	2,7	21,2	16,1	30,2	16,5
p.a. Trento	20,0	19,5	3,4	21,9	18,9	27,7	14,6
Veneto	25,9	22,1	2,6	20,2	14,9	21,3	12,7
Friuli-V.G.	18,8	17,1	1,9	16,5	11,5	17,4	10,1
Liguria	26,3	24,3	2,4	22,0	19,2	26,0	15,9
E.-Romagna	23,5	23,5	2,9	20,9	16,4	21,2	12,4
Toscana	18,2	17,1	1,6	17,9	13,3	21,6	13,5
Umbria	21,7	20,0	1,6	23,6	18,7	22,3	13,8
Marche	20,7	19,0	2,1	21,9	16,6	22,1	12,8
Lazio	20,9	19,6	2,0	22,3	17,2	22,3	14,1
Abruzzo	18,1	16,5	1,5	23,8	19,4	24,6	14,3
Molise	15,9	16,1	1,0	22,9	18,5	17,8	9,6
Campania	20,9	18,3	1,4	25,6	20,1	29,9	17,0
Puglia	20,3	19,5	1,3	26,6	20,1	27,8	15,0
Basilicata	19,5	19,7	1,6	25,8	19,9	24,0	12,8
Calabria	17,7	16,9	1,2	27,3	22,4	24,7	13,5
Sicilia	18,3	17,7	1,4	25,7	21,7	26,4	14,7
Sardegna	30,2	28,8	4,1	24,6	20,0	19,7	10,6
<b>Media nazionale</b>	<b>22,4</b>	<b>20,9</b>	<b>2,1</b>	<b>22,6</b>	<b>17,7</b>	<b>23,9</b>	<b>13,8</b>

*In allegato al presente capitolo sono riportati gli indicatori registrati per sesso e per singola Usl; si ricorda che 13 Usl sono state invalidate e che pertanto sono assenti dalla tavola. Dati di dettaglio per sesso e causa sono consultabili nel MESS – Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari presente nel CD allegato al volume.*

## 2.8. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera, condotta sulla base dati messa a disposizione dal Ministero della Salute, permette di cogliere, sia pure attraverso alcune scelte espositive volutamente generali, un'Italia eterogenea e a volte caratterizzata da una evidente polarizzazione nord-sud (fenomeno peraltro non nuovo alle indagini su salute e servizi sanitari).

A titolo esemplificativo lo studio consente, con le dovute cautele interpretative, di evidenziare che gli adulti residenti nelle regioni settentrionali trascorrono meno tempo in ospedale rispetto agli abitanti del meridione e che, in termini di giornate di ospedalizzazione di pazienti adulti, i tumori hanno un maggior impatto nelle regioni settentrionali, mentre nel sud incidono in misura superiore che nel nord le patologie dell'apparato digerente e del sistema circolatorio.

I dati ricavati dalle SDO, adeguatamente gestiti, potrebbero supportare una più specifica conoscenza delle diverse aree del Paese; di contro, la scarsa qualità dei dati rilevati impone una eccessiva prudenza nell'utilizzo di tale patrimonio che compromette l'elaborazione di indicatori più affidabili e più sensibili ai confronti territoriali.

La corretta gestione dei dati andrebbe avviata già al momento della compilazione della SDO garantendo sia una maggiore accuratezza nella redazione che nella indicazione di tutte le variabili (non solo quelle legate alla attribuzione del DRG). L'acquisizione a livello centrale, di contro, dovrebbe essere condotta prevedendo un ulteriore controllo di qualità a garanzia dell'uniformità nell'uso delle convenzioni adottate (codifiche, classificazioni, ecc.) e di verifica sulla congruenza fra le informazioni raccolte.

Accuratezza nella compilazione e controllo di qualità dei dati, anche alla luce dei risultati dello studio pilota qui presentato, possono concretamente assicurare una produzione statistica pienamente fruibile ai diversi livelli decisionali (Stato, Regioni, Aziende Usl e Ospedaliere), rendendo la SDO uno strumento del quale, oltre l'area amministrativo-gestionale, possa avvalersi anche l'epidemiologia dei servizi sanitari.

**Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti 15-64 anni  
e numero di dimessi per 1.000 residenti (tutte le età), per USL e sesso \* - Anno 1998**

Usl **	REG	GIORNI DI OSPEDALIZZAZIONE PAZ. ADULTI PER 100 RES. 15-64 ANNI			NUMERO DI DIMISSIONI PER 1.000 RESIDENTI	
		TOTALE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Milano [Milano]	LOM	33,8	37,6	30,4	147,5	151,5
Thiene [Schio; Thiene; Malo]	VEN	36,3	41,6	30,8	160,8	166,2
Isontina [Gorizia; Monfalcone; Ronchi dei Legionari]	FVG	36,6	40,0	33,2	134,7	143,8
Firenze [Firenze; Scandicci; Sesto Fiorentino]	TOS	37,9	41,7	34,2	155,9	161,4
Mantova [Mantova; Castiglione delle Stiviere; Suzzara]	LOM	38,1	42,9	33,4	171,0	174,6
Friuli occidentale [Pordenone; Sacile; Cordenons]	FVG	38,6	44,3	32,8	144,1	145,1
Legnago [Legnago; San Giovanni Lupatoto; Cerea]	VEN	38,6	43,2	34,0	171,5	175,0
Modena [Modena; Carpi; Sassuolo]	EMR	38,8	42,0	35,6	173,5	180,2
Versilia [Viareggio; Camaiore; Pietrasanta]	TOS	39,4	44,7	34,2	155,1	164,4
Ferrara [Ferrara; Cento; Argenta]	EMR	39,6	41,5	37,7	183,7	196,7
Imola [Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza]	EMR	40,4	42,3	38,5	189,0	206,1
Pisa [Pisa; Cascina; San Giuliano Terme]	TOS	40,7	45,6	35,9	165,9	167,9
Empoli [Empoli; San Miniato; Fucecchio]	TOS	40,7	45,6	35,9	158,6	161,4
Perugia [Perugia; Assisi; Bastia]	UMB	40,9	44,2	37,6	195,1	200,9
Chivasso [Settimo Torinese; Chivasso; San Mauro Torinese]	PIE	40,9	44,2	37,5	173,4	180,2
Pistoia [Pistoia; Quarrata; Montecatini-Terme]	TOS	41,5	47,0	36,2	169,0	175,8
Livorno [Livorno; Piombino; Rosignano Marittimo]	TOS	42,0	45,8	38,3	158,6	163,0
Arezzo [Arezzo; Cortona; Montevarchi]	TOS	42,1	46,0	38,2	170,4	170,4
Reggio nell'Emilia [Reggio nell'Emilia; Scandiano; Correggio]	EMR	42,3	45,7	38,9	187,3	200,1
Ivrea [Ivrea; Rivarolo Canavese; Cuornè]	PIE	42,4	47,7	37,0	159,1	158,7
Foligno [Foligno; Spoleto; Gualdo Tadino]	UMB	42,4	45,3	39,5	201,1	198,8
Casale Monferrato [Casale Monferrato; Valenza; Trino]	PIE	42,5	46,4	38,7	206,3	213,2
Fabriano [Fabriano; Sassoferrato; Cerreto d'Esis]	MAR	42,8	46,9	38,7	193,3	200,5
Bologna nord [San Giovanni in Persiceto; Castel Maggiore; Budrio]	EMR	43,0	45,3	40,6	182,1	207,4
Bologna [Bologna]	EMR	43,0	45,1	41,1	185,9	200,1
Alto Friuli [Gemona del Friuli; Tolmezzo; Tarvisio]	FVG	43,0	51,1	34,4	146,7	146,8
Novara [Novara; Borgomanero; Trecate]	PIE	43,1	48,0	38,3	182,3	182,8
Collegno [Rivoli; Collegno; Grugliasco]	PIE	43,2	47,0	39,4	181,7	183,7
Alba [Alba; Bra; Cherasco]	PIE	43,3	47,3	39,2	200,6	202,0
Milano/2 [Rozzano; Segrate; Pioltello]	LOM	43,4	47,4	39,4	176,8	179,7
Torino AM [Torino]	PIE	43,4	47,6	39,5	194,4	203,2
Pieve di Soligo [Conegliano; Vittorio Veneto; Susegana]	VEN	43,5	48,6	38,3	167,4	167,7
Ravenna [Ravenna; Faenza; Lugo]	EMR	43,5	47,0	40,0	184,0	191,8
Treviso [Treviso; Mogliano Veneto; Paese]	VEN	43,5	47,5	39,6	166,4	169,1
Bussolengo [Villafranca di Verona; Bussolengo; Negrar]	VEN	43,5	45,5	41,4	161,8	176,4
Parma [Parma; Fidenza; Salsomaggiore Terme]	EMR	43,7	49,4	37,9	176,2	180,9
Bologna sud [Casalecchio di Reno; San Lazzaro di Savena; Zola Predosa]	EMR	44,1	49,0	39,1	178,5	194,6
Ciriè [Venaria Reale; Ciriè; Alpignano]	PIE	44,2	48,6	39,6	180,6	176,8
Massa Carrara [Massa; Carrara; Aulla]	TOS	44,2	50,2	38,2	197,3	194,4
Chieri [Moncalieri; Nichelino; Chieri]	PIE	44,3	47,2	41,3	196,1	205,0
Bassa friulana [Cervignano del Friuli; Latisana; San Giorgio di Nogaro]	FVG	44,3	52,6	35,7	145,5	145,9
Cesena [Cesena; Cesenatico; Savignano sul Rubicone]	EMR	44,5	48,0	41,0	184,8	192,8
Napoli/2 [Giugliano in Campania; Pozzuoli; Marano di Napoli]	CAM	44,7	50,1	39,4	173,4	174,4
Agrigento [Agrigento; Licata; Sciacca]	SIC	45,0	51,0	39,4	185,2	175,2
Ancona [Ancona; Osimo; Falconara Marittima]	MAR	45,1	50,2	40,3	182,7	185,6
Pavia [Pavia; Vigevano; Voghera]	LOM	45,1	49,2	41,2	172,8	184,9
Siracusa [Siracusa; Augusta; Avola]	SIC	45,3	49,0	41,5	172,8	170,4
Città di Castello [Città di Castello; Gubbio; Umbertide]	UMB	45,3	48,6	42,0	204,9	212,5
Rimini [Rimini; Riccione; Santarcangelo di Romagna]	EMR	45,6	48,8	42,5	186,2	196,9
Prato [Prato; Montemurlo; Carmignano]	TOS	45,8	49,7	41,9	175,9	180,8
Medio Friuli [Udine; Codroipo; Tavagnacco]	FVG	45,9	53,5	38,4	139,1	152,3
Padova [Padova; Selvazzano Dentro; Albignasego]	VEN	45,9	51,4	40,7	183,8	190,2
Spezzino [La Spezia; Sarzana; Lerici]	LIG	45,9	52,2	39,7	215,4	216,1
Varese [Varese; Busto Arsizio; Gallarate]	LOM	46,1	51,6	40,7	147,8	153,8
Pinerolo [Pinerolo; Luserna San Giovanni; Cumiana]	PIE	46,1	50,8	41,3	184,3	186,0
Salerno/2 [Salerno; Cava de' Tirreni; Battipaglia]	CAM	46,7	51,2	42,3	159,6	158,9
Terni [Terni; Orvieto; Narni]	UMB	47,0	53,9	40,3	199,4	195,6
Forlì [Forlì; Forlimpopoli; Meldola]	EMR	47,1	49,8	44,5	195,3	200,4
Triestina [Trieste; Muggia; Duino-Aurisina]	FVG	47,4	53,6	41,4	148,0	166,3
Senigallia [Senigallia; Ostra; Arcevia]	MAR	47,6	52,1	43,1	200,8	193,3
Biella [Biella; Cossato; Vigliano Biellese]	PIE	47,6	51,8	43,5	174,6	186,6
Milano/1 [Legnano; Rho; Bollate]	LOM	48,2	53,3	42,9	176,3	180,0
Palmi [Palmi; Gioia Tauro; Taurianova]	CAL	48,3	52,4	44,2	183,9	191,9
Savigliano [Fossano; Savigliano; Saluzzo]	PIE	48,6	54,1	42,9	199,6	189,8
Urbino [Urbino; Cagli; Fermignano]	MAR	48,7	56,0	41,2	183,9	180,5
Catania [Catania; Acireale; Paternò]	SIC	48,9	53,8	44,1	183,8	179,4
Cremona [Cremona; Crema; Casalmaggiore]	LOM	48,9	56,2	41,5	168,8	167,3
Lucca [Lucca; Capannori; Altopascio]	TOS	49,0	55,6	42,2	163,1	164,3
Veneziana [Venezia; Marcon; Quarto d'Altino]	VEN	49,0	55,7	42,6	192,1	193,1
Omegna [Verbania; Domodossola; Omegna]	PIE	49,1	55,8	42,3	187,7	182,7
Novi Ligure [Novi Ligure; Acqui Terme; Ovada]	PIE	49,1	51,1	47,0	227,2	234,7
Grosseto [Grosseto; Follonica; Orbetello]	TOS	49,3	54,8	43,9	165,4	165,9
Lecco [Lecco; Calolziocorte; Merate]	LOM	49,3	55,2	43,4	167,0	167,0
Pescara [Pescara; Montesilvano; Spoltore]	ABR	49,3	53,1	45,6	169,4	173,8
Lecce/1 [Lecce; Nardò; Galatina]	PUG	49,5	54,4	44,8	190,6	186,9
Arzignano [Valdagno; Arzignano; Montebelluna]	VEN	49,5	48,9	50,3	191,2	207,5

segue - Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti 15-64 anni  
e numero di dimessi per 1.000 residenti (tutte le età), per USL e sesso \* - Anno 1998

Usl **	REG	GIORNI DI OSPEDALIZZAZIONE PAZ. ADULTI PER 100 RES. 15-64 ANNI			NUMERO DI DIMISSIONI PER 1.000 RESIDENTI	
		TOTALE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Napoli/5 [Torre del Greco; Castellammare di Stabia; Portici]	CAM	49,7	55,2	44,4	178,0	172,0
Jesi [Jesi; Cingoli; Filottrano]	MAR	49,8	54,4	45,2	188,3	188,8
Avellino/2 [Avellino; Atripalda; Solofra]	CAM	50,0	54,6	45,4	169,4	173,7
Cuneo [Cuneo; Borgo San Dalmazzo; Busca]	PIE	50,2	58,1	42,0	172,2	179,0
Sanluri [Villacidro; Guspini; San Gavino Monreale]	SAR	50,2	54,0	46,2	181,7	188,2
Este [Monselice; Este; Montagnana]	VEN	50,3	57,6	42,8	189,2	188,5
Macerata [Macerata; Tolentino; Corridonia]	MAR	50,3	52,6	48,1	184,8	184,9
Chiavarese [Rapallo; Chiavari; Sestri Levante]	LIG	50,3	55,9	44,9	192,3	181,0
Civitanoval Marche [Civitanoval Marche; Recanati; Potenza Picena]	MAR	50,5	55,6	45,4	180,3	186,9
Fano [Fano; Mondolfo; Fossombrone]	MAR	50,5	54,8	46,3	185,5	186,3
Vercelli [Vercelli; Borgosesia; Santhià]	PIE	50,5	55,3	45,8	206,0	205,8
Ascoli Piceno [Ascoli Piceno; Folignano; Castel di Lama]	MAR	50,6	58,5	42,8	207,4	200,9
San Dona' di Piave [San Dona' di Piave; Portogruaro; lesolo]	VEN	50,6	56,9	44,3	208,1	200,5
Imperiese [San Remo; Imperia; Ventimiglia]	LIG	50,6	57,0	44,5	199,6	204,9
Mondovi [Mondovi; Ceva; Villanova Mondovi]	PIE	50,7	51,0	50,4	198,6	216,8
Napoli/3 [Casoria; Afragola; Arzano]	CAM	50,9	57,8	44,2	185,4	181,3
Rieti [Rieti; Fara in Sabina; Cittaducale]	LAZ	51,0	54,9	47,0	186,1	188,8
Matera [Matera; Bernalda; Montescaglioso]	BAS	51,0	55,3	46,7	175,7	173,4
Nuoro [Nuoro; Macomer; Siniscola]	SAR	51,2	57,6	44,8	177,1	178,7
Est Brunico [Brunico; Valle Aurina; Campo Tures]	BOL	51,4	53,9	48,7	178,5	200,0
Rovigo [Rovigo; Lendinara; Badia Polesine]	VEN	51,4	53,7	49,1	219,6	222,5
Caltanissetta [Gela; Caltanissetta; Niscemi]	SIC	51,5	59,2	44,1	190,9	191,0
Lodi [Lodi; Codogno; Casalpuisterlenigo]	LOM	51,5	58,0	44,8	190,7	188,3
Piacenza [Piacenza; Fiorenzuola d'Arda; Castel San Giovanni]	EMR	51,5	58,8	44,1	208,5	200,4
Reggio Calabria [Reggio di Calabria; Villa San Giovanni; Bagnara Calabria]	CAL	51,7	55,4	48,0	190,8	200,7
S. Benedetto d/T [S. Benedetto d/T; Grottammare; Monteprandone]	MAR	51,8	55,1	48,7	187,1	183,9
Cagliari [Cagliari; Quartu Sant'Elena; Selargius]	SAR	51,9	54,2	49,7	219,7	227,5
Como [Como; Cantù; Mariano Comense]	LOM	52,2	58,9	45,5	197,3	190,5
Ovest Merano [Merano; Lana; Silandro]	BOL	52,4	55,8	48,9	175,9	184,0
Viterbo [Viterbo; Civita Castellana; Tarquinia]	LAZ	52,4	58,3	46,6	167,5	168,0
Cittadella [Vigonza; Cittadella; San Martino di Lupari]	VEN	52,4	60,4	44,3	189,6	182,2
Fermo [Fermo; Porto Sant'Elpidio; Porto San Giorgio]	MAR	52,5	56,4	48,7	181,7	183,2
Napoli/4 [Casalnuovo di Napoli; Acerra; Pomigliano d'Arco]	CAM	52,6	59,0	46,4	184,6	182,9
Alessandria [Alessandria; Tortona; Castelnuovo Scrivia]	PIE	52,7	56,6	48,9	228,9	233,3
Genovese [Genova; Arenzano; Recco]	LIG	52,9	58,6	47,4	205,0	206,6
Trento [Trento; Rovereto; Pergine Valsugana]	TRN	52,9	57,8	47,8	192,0	202,8
Avellino/1 [Ariano Irpino; Mirabella Eclano; Grottaminarda]	CAM	52,9	55,8	50,0	162,2	171,5
Oristano [Oristano; Terralba; Cabras]	SAR	53,1	56,0	50,3	173,8	179,4
Lanciano / Vasto [Lanciano; Vasto; San Salvo]	ABR	53,7	58,2	49,2	177,0	177,9
Nord Bressanone [Bressanone; Vipiteno; Chiusa]	BOL	53,9	64,3	43,0	193,2	202,2
Roma/H [Velletri; Pomezia; Anzio]	LAZ	53,9	57,9	49,9	156,8	163,6
Lagonegro [Lauria; Senise; Lagonegro]	BAS	54,1	57,1	51,1	168,0	184,2
Bari/3 [Altamura; Gravina in Puglia; Santeramo in Colle]	PUG	54,4	60,4	48,4	186,7	200,0
Pesaro [Pesaro; Novafeltria; Sant'Angelo in Lizzola]	MAR	54,4	60,0	49,1	201,4	200,9
Basso Molise [Termoli; Larino; Montenero di Bisaccia]	MOL	54,6	56,2	53,1	172,7	191,6
Brindisi [Brindisi; Fasano; Francavilla Fontana]	PUG	54,7	57,0	52,6	196,1	201,0
Bari/4 [Bari; Bitonto; Modugno]	PUG	54,9	58,4	51,6	223,0	243,4
Roma/G [Guidonia Montecelio; Tivoli; Mentana]	LAZ	55,1	59,3	50,8	169,4	177,4
Napoli/1 [Napoli]	CAM	55,1	62,2	48,4	227,1	217,1
Asti [Asti; Canelli; Nizza Monferrato]	PIE	55,3	61,6	49,0	200,1	211,4
Aosta [Aosta; Saint-Vincent; Chatillon]	VDA	55,5	62,4	48,3	196,4	199,9
Bari/2 [Barletta; Molfetta; Trani]	PUG	55,6	62,2	48,9	232,8	228,0
Catanzaro [Catanzaro; Soverato; Chiaravalle Centrale]	CAL	55,6	58,4	52,8	185,1	192,9
Salerno/3 [Capaccio; Agropoli; Sala Consilina]	CAM	56,1	59,6	52,6	200,8	206,4
Savonese [Savona; Albenga; Varazze]	LIG	56,4	62,1	50,9	208,6	206,9
Potenza [Potenza; Avigliano; Sant'Arcangelo]	BAS	56,7	62,2	51,2	182,8	189,1
Roma AM [Roma; Fiumicino]	LAZ	56,9	61,1	53,1	180,0	184,3
Caserta/2 [Aversa; Santa Maria Capua Vetere; Sessa Aurunca]	CAM	57,1	61,4	52,9	181,3	187,1
Lecce/2 [Casarano; Gallipoli; Tricase]	PUG	57,3	61,6	53,3	221,8	222,2
Bari/5 [Monopoli; Putignano; Gioia del Colle]	PUG	57,3	58,7	56,0	204,2	221,0
Vibo Valentia [Vibo Valentia; Pizzo; Mileto]	CAL	57,4	60,0	54,6	189,2	191,9
Benevento [Benevento; Montesarchio; Sant'Agata de' Goti]	CAM	57,6	61,0	54,1	184,1	209,5
Feltre [Feltre; Sedico; Santa Giustina]	VEN	58,2	67,7	48,4	176,4	170,5
Centro-sud Bolzano [Bolzano; Laives; Appiano sulla strada del vino]	BOL	58,2	68,9	47,7	178,8	186,2
Bari/1 [Andria; Corato; Canosa di Puglia]	PUG	58,2	62,7	53,8	218,8	223,1
Camerino [San Severino Marche; Matelica; Camerino]	MAR	58,7	65,3	51,8	229,4	218,1
Salerno/1 [Nocera Inferiore; Scafati; Pagani]	CAM	58,9	67,2	50,7	211,4	209,6
Latina [Latina; Aprilia; Terracina]	LAZ	58,9	64,7	53,1	165,2	165,7
Roma/F [Civitavecchia; Cerveteri; Ladispoli]	LAZ	59,0	57,5	60,5	172,8	182,9
Teramo [Teramo; Giulianova; Roseto degli Abruzzi]	ABR	59,3	66,8	51,8	190,2	189,9
Castrovillari [Castrovillari; Roggiano Gravina; San Marco Argentano]	CAL	59,5	62,0	57,0	194,0	218,2
Adria [Adria; Porto Viro; Porto Tolle]	VEN	59,5	63,5	55,4	220,2	233,1
Caserta/1 [Caserta; Maddaloni; Marcianise]	CAM	59,5	65,4	53,6	185,9	192,5
Carbonia [Carbonia; Iglesias; Sant'Antioco]	SAR	59,7	61,3	58,2	226,6	216,5
Belluno [Belluno; Ponte nelle Alpi; Cortina d'Ampezzo]	VEN	59,8	68,6	51,2	198,8	194,5
L'Aquila [L'Aquila; Tornimparte; Montereale]	ABR	60,3	65,5	55,4	208,7	199,2

segue - Giorni di ospedalizzazione di pazienti adulti per 100 residenti 15-64 anni  
e numero di dimessi per 1.000 residenti (tutte le età), per USL e sesso \* - Anno 1998

Usl **	REG	GIORNI DI OSPEDALIZZAZIONE PAZ. ADULTI PER 100 RES. 15-64 ANNI			NUMERO DI DIMISSIONI PER 1.000 RESIDENTI	
		TOTALE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Cosenza [Cosenza; Rende; Aciri]	CAL	60,6	60,8	60,5	180,9	205,5
Centro Molise [Campobasso; Bojano; Riccia]	MOL	61,5	65,7	57,4	163,2	166,1
Taranto [Taranto; Martina Franca; Grottaglie]	PUG	61,8	64,0	59,6	191,3	206,9
Locri [Siderno; Locri; Bovalino]	CAL	61,9	68,4	55,3	209,7	215,7
Chieti [Chieti; Francavilla al Mare; Ortona]	ABR	62,3	66,1	58,5	219,8	225,0
Venosa [Melfi; Lavello; Rionero in Vulture]	BAS	63,3	64,6	61,9	220,0	238,5
Foggia/3 [Foggia; Lucera; Troia]	PUG	63,4	64,6	62,2	204,0	227,9
Foggia/2 [Manfredonia; Cerignola; Orta Nova]	PUG	63,8	66,1	61,6	212,5	227,9
Montalbano Jonico [Pisticci; Policoro; Montalbano Jonico]	BAS	64,6	68,6	60,5	199,7	203,5
Rossano [Corigliano Calabro; Rossano; Cassano allo Ionio]	CAL	64,7	65,2	64,3	201,5	224,7
Foggia/1 [San Severo; San Giovanni Rotondo; Sannicandro Garganico]	PUG	68,2	68,0	68,4	222,4	245,7
Pentria [Isernia; Venafro; Frosolone]	MOL	68,3	71,3	65,3	185,4	194,9
Bergamo [Bergamo; Treviglio; Dalmine]	LOM	68,5	76,5	60,4	242,6	242,3
Lamezia Terme [Lamezia Terme; Curinga; Nocera Tirinese]	CAL	68,8	73,6	63,9	211,6	221,0
Sondrio [Sondrio; Morbegno; Tirano]	LOM	69,1	79,2	58,7	219,3	219,4
Avezzano/Sulmona [Avezzano; Sulmona; Celano]	ABR	69,1	71,4	67,0	210,6	222,0
Chioggia [Chioggia; Piove di Sacco; Cavarzere]	VEN	70,0	76,1	63,8	207,6	210,9
Frosinone [Frosinone; Cassino; Sora]	LAZ	70,4	75,2	65,5	180,8	178,2
Trapani [Marsala; Trapani; Mazara del Vallo]	SIC	71,5	74,7	68,3	244,1	256,8
Crotone [Crotone; San Giovanni in Fiore; Cirò Marina]	CAL	71,6	76,3	67,0	216,6	231,8
Alto Molise [Agnone; Carovilli; Capracotta]	MOL	72,7	79,4	66,1	192,3	177,0
Lanusei [Tortoli; Lanusei; Bari Sardo]	SAR	74,0	82,2	65,8	228,2	225,8
Brescia [Brescia; Lumezzane; Desenzano del Garda]	LOM	78,3	86,0	70,4	278,5	281,1
Paola [Paola; Amantea; Cetraro]	CAL	78,3	79,0	77,6	221,1	231,9

Fonte: elaborazione Prometeo su dati Ministero della Salute (SDO).

\* Per la consultazione degli specifici indicatori per Usl e Regioni su giorni di ospedalizzazione e dimissioni per singola causa di ricovero si rimanda alla versione informatizzata del MESS (Modello di indicatori di Epidemiologia dei Servizi Sanitari) disponibile nel CD allegato al presente volume.

\*\* Per ciascuna Usl sono riportati i primi tre Comuni in ordine di popolazione.

AM = Area Metropolitana (Torino AM = 4 Usl, Roma AM = 5 Usl).

Dalla tavola sono escluse 13 Usl (cfr paragrafo 2.3 "Le Usl selezionate"):

Enna, Messina, Palermo, Ragusa, Sassari, Olbia, Bassano del Grappa, Vicenza, Asolo, Mirano, Verona, Milano / 3, Siena.