

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

FACOLTA' DI SCIENZE STATISTICHE

**CORSO DI LAUREA**

**IN STATISTICA E TECNOLOGIE INFORMATICHE**

RELAZIONE FINALE

**LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA  
(LEA): MONITORAGGIO  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA  
NELL'ULSS N°6 DI VICENZA**

Relatore: Ch.ma Prof.ssa M. CRISTIANA MARTINI

Correlatore: Dott.ssa MARISA PACCHIN

Laureando: NICCOLO' SABIN

ANNO ACCADEMICO 2003 – 2004

## **INTRODUZIONE:**

I livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano il futuro della sanità italiana che deve confrontarsi con una realtà più ampia come quella europea.

Questa tesi è stata realizzata durante uno stage presso l'Ufficio di Valutazione Epidemiologica dell'ULSS 6 Vicenza.

La dottoressa Pacchin, responsabile dell'ufficio, era intenzionata ad analizzare la novità caratterizzata dai Livelli Essenziali di Assistenza, così, dopo aver approfondito le ultime leggi ministeriali riguardanti questa normativa si è passato alla raccolta dei dati utili al calcolo degli indicatori che il Ministero della Salute ha definito per il calcolo dei LEA.

Si è pensato di calcolare gli indicatori LEA a livello di ULSS, a livello Regionale e Nazionale. Questo per avere la possibilità di avere due riferimenti, uno più ampio ed uno più ristretto, che avrebbero aiutato a delineare una posizione più precisa dell'ULSS 6 all'interno della situazione sanitaria.

Il lavoro più lungo e complicato è stato quello di reperire i dati, specie quelli regionali e nazionali, in un labirinto di fonti diverse e, talvolta, contrastanti, cercando sempre di comprendere le informazioni recuperate senza limitarsi alla sola visualizzazione.

I dati riguardanti l'ULSS 6 sono stati raccolti lavorando a contatto con altri uffici interni all'Azienda che si sono dimostrati sempre gentilissimi e pronti a collaborare fornendo le informazioni a loro disposizione.

Al termine di questo lavoro si è pensato di approfondire l'argomento "mortalità", argomento fondamentale per poter valutare la salute di una popolazione. Dunque sono stati dedicati due capitoli alla mortalità: un primo alla mortalità dell'ULSS 6 e un secondo alla mortalità nel mondo ispirato all'ultimo Rapporto Annuale sulla Salute Mondiale redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

In particolare, il capitolo riguardante la mortalità nell'ULSS 6, realizzato analizzando un file contenente tutti i dati relativi ai decessi nell'ULSS dal 1990 al 2000, ha mostrato una buona situazione della salute locale.

## INDICE

<b>Capitolo 1: I livelli Essenziali di Assistenza (LEA)</b>	pag. 5
1.1 L'ULSS 6 Vicenza	pag. 10
1.2 Il lavoro svolto	pag. 12
1.3 I risultati	pag. 13
<b>Capitolo 2: La mortalità evitabile nell'ULSS 6</b>	pag. 17
2.1 Cos'è la mortalità evitabile	pag. 17
2.2 La popolazione di riferimento	pag. 19
2.3 La mortalità generale tra il 1998 e il 2000 nell'ULSS6	pag. 21
2.4 La mortalità evitabile tra il 1998 e il 2000 nell'ULSS6	pag. 22
2.5 La mortalità evitabile tra il 1991 e il 1999	pag. 24
<b>Capitolo 3: La situazione del mondo</b>	pag. 29
3.1 La speranza di vita	pag. 29
3.2 La mortalità	pag. 31
<b>Appendice A: Gli indicatori LEA</b>	pag. 43
<b>Appendice B: Prestazioni sanitarie definite dai LEA</b>	pag. 83
<b>Bibliografia</b>	pag. 87



## Capitolo 1. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

**Definizione:** I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

**La storia:** Il concetto di "livelli essenziali" è stato introdotto, a tappe successive, nella legislazione italiana, fino ad essere acquisito nel Titolo V della Costituzione, nel quale si fa riferimento a "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali".

La sanità ha avuto su questo fronte un ruolo precursore ed è stata uno tra i primi settori in cui il principio, ormai sancito dalla Costituzione, ha trovato concreta attuazione. Questo è avvenuto attraverso tre passaggi principali:

1. il primo passaggio rilevante nella normativa riguardante i livelli di assistenza nel SSN può essere ricondotto al D.lgs.n 502/92, con il quale, nell'attribuire alle Regioni la competenza in materia di programmazione e organizzazione sanitaria, si rimanda alla determinazione, da parte del Governo, dei livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote di finanziamento;
2. con il secondo passaggio (Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e il D.lgs.n 229/99), si sono definite le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare, attraverso risorse pubbliche, in tutto il territorio nazionale. Si sono così identificati i livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire i tipi di assistenza, di servizi e di prestazioni sanitarie che devono essere garantiti a tutti;

3. il terzo passaggio (DPCM 29 novembre 2001) è stato quello di determinare le prestazioni rientranti nei LEA e quelle in varia misura escluse.

**Le prestazioni sanitarie nei LEA:** come appena detto il DPCM del 29 novembre 2001 ha definito le prestazioni che rientrano o meno nei LEA (vedi appendice B); le prestazioni incluse nei LEA sono organizzate in tre grandi Aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli: tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale;
- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

È inoltre da ricordare che il decreto stabilisce che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito

a tutti i cittadini ma le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

*Le prestazioni escluse dai LEA* sono gli interventi di chirurgia estetica, la circoncisione rituale maschile, le medicine non convenzionali, le vaccinazioni eseguite in occasione di soggiorni all'estero, le certificazioni mediche richieste per un interesse prevalentemente privato (escluse quelle per la riammissione a scuola o al lavoro e quelle per l'attività sportiva effettuata nell'ambito della scuola), alcune prestazioni di fisioterapia ambulatoriale richieste per problemi transitori o di scarso rilievo.

Il DPCM chiarisce che queste prestazioni non sono garantite dal SSN o perché queste non hanno come fine diretto la tutela della salute, o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole.

*Le prestazioni parzialmente escluse dai LEA* sono quelle che potranno essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa, vale a dire:

- che lo stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un effettivo beneficio (appropriatezza clinica);
- che il regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, day hospital, day surgery, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento ed alle condizioni del paziente.

In particolare, le limitazioni riguardano: l'assistenza odontoiatrica e protesica, le prestazioni di densitometria ossea (MOC), le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione, la chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri.

Infine, il provvedimento elenca 43 *interventi e procedure "ad alto rischio di inappropriata" (organizzativa)*, cioè interventi che ancora troppo

spesso sono eseguiti in ricovero ordinario quando, per la loro relativa semplicità di esecuzione, potrebbero essere eseguiti in day hospital o in day surgery (dalla decompressione del tunnel carpale, alla legatura e stripping di vene, all'asportazione delle tonsille e delle adenoidi).

**Gli indicatori:** Un ulteriore decreto del Ministero della Salute datato 12 dicembre 2001 (n.27) a completamento del già citato DPCM del 29 novembre 2001 fornisce un elenco completo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario.

Inoltre questi indicatori sono affiancati da altri dati riguardanti lo stato di salute ed il contesto socio ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento.

Gli indicatori sono definiti come informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, consentendo di misurarne i cambiamenti e, di conseguenza, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali.

**Le Regioni e il Ministero:** Riguardo ai LEA il Ministero della Salute è garante nei confronti dei cittadini perché i loro diritti siano rispettati, vigila quindi sull'effettiva applicazione del provvedimento. Per ottenere questo risultato, il Ministero utilizza principalmente i dati raccolti dagli indicatori sopra nominati che consentono di verificare che i livelli essenziali siano effettivamente garantiti a tutti i cittadini.

Le Regioni dal loro punto di vista devono dunque, per prima cosa, impegnarsi a raccogliere questi dati. Il decreto illustra precisamente il percorso che questi dati compiono: dalle Aziende Sanitarie alle Regioni dove saranno validati mediante controlli specifici ed infine al Ministero della Salute dove, dopo essere sottoposti ad un controllo della qualità,



verranno elaborati secondo criteri metodologici e formule statistiche predefinite nelle schede degli indicatori.

Infine, il Ministero dovrà provvedere, insieme alle Regioni, all'aggiornamento periodico dei LEA valutando, da un lato, l'evolversi delle condizioni di salute della popolazione e dei relativi bisogni sanitari, dall'altro, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e lo sviluppo tecnologico.

**La situazione attuale:** Nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 24 luglio 2003 sono stati presentati i dati della prima rilevazione sull'assistenza sanitaria erogata nelle varie Regioni. Il lavoro, effettuato dal Tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, è considerato di carattere sperimentale. Infatti i dati giunti al Ministero sono spesso incompleti, soprattutto quelli di alcune regioni del Mezzogiorno. Comunque questi dati costituiscono un momento di confronto tra le varie Regioni e permettono un'analisi comparativa della distribuzione territoriale delle prestazioni erogate.

## **1.1. L'ULSS 6 di Vicenza**

L'Azienda Sanitaria ULSS 6 Vicenza è un Ente Giuridico funzionalmente collegato alla Regione Veneto, la cui attività è regolamentata dalla LR 56 del 14/09/94.

La missione principale dell'Azienda è la tutela della salute, soprattutto nei confronti della popolazione residente nel proprio territorio, oltre a fornire un adeguato supporto alle famiglie e alle persone che risentono di problematiche di tipo sociale.

La politica aziendale è articolata e prevede azioni su fronti diversi, condotte anche in stretta collaborazione con le Amministrazioni Locali:

- azioni di monitoraggio epidemiologico e sociale;
- azioni di prevenzione sul territorio sostenute da campagne di Informazione e Progetti di Educazione e Promozione della Salute;
- azioni volte a rispondere in prima istanza alle esigenze sanitarie dei cittadini facendo uso delle proprie strutture (i distretti socio sanitari, i medici di base e /o gli specialisti di settore);
- interventi nella diagnosi e cura delle patologie mediante le strutture sanitarie di cui dispone l'Azienda, quali i poliambulatori e le strutture ospedaliere.

Il territorio interessato dalla ULSS 6 Vicenza è costituito da 39 Comuni, che si estendono su un'area di 739 Km<sup>2</sup> e comprendono una popolazione di circa 300.000 abitanti.

**Gli obiettivi dell'ULSS 6 di Vicenza:** L'aspettativa che il Ministero della Salute ha dalla nascita dei LEA è quella di un cambiamento radicale del Servizio Sanitario Nazionale per tutti i cittadini. L'ULSS 6 non vuole farsi trovare impreparata con questo progetto. Così attraverso questa tesi ci si propongono due obiettivi principali:

Il primo obiettivo è quello di facilitare i compiti che l'ULSS 6 di Vicenza dovrà svolgere nell'ambito della raccolta dei dati utili per il calcolo degli indicatori. Per fare ciò, di tutti gli indicatori sono state fornite le definizioni e le fonti da cui è stato possibile raccogliere le informazioni che servono per il calcolo degli indicatori stessi.

Il secondo obiettivo è più strettamente legato ad un discorso interno all'ULSS 6. L'ULSS 6 di Vicenza, attraverso il calcolo degli indicatori riguardanti i LEA anche a livello territoriale, coglie spunto per ottenere dei parametri universali di autovalutazione. Così, sia al momento della descrizione degli indicatori, che al momento del raggruppamento dei risultati, i valori calcolati nell'ULSS saranno messi a confronto, quando possibile, con altri valori di carattere regionale e nazionale.

Al termine di questo lavoro quindi l'ULSS attende di ottenere sia una conoscenza più approfondita dei LEA, sia una maggiore consapevolezza della propria situazione interna.

Infine questa valutazione della realtà ULSS 6 di Vicenza servirà anche per evidenziare eventuali problemi e dare il via ad ulteriori progetti di miglioramento.

**1.2 Il lavoro svolto:** In appendice A sono riportati gli indicatori che, introdotti dal decreto ministeriale datato 12 dicembre 2001 (n.27), servono per il monitoraggio dei LEA. Mediante il lavoro svolto presso l'ufficio di valutazione epidemiologica dell'ULSS 6, questi indicatori sono stati elencati, definiti e calcolati cercando, quando possibile, di ottenere i dati anche a livello regionale e nazionale. Questo per consentire la possibilità di delineare la posizione dell'ULSS 6 di Vicenza all'interno di altre realtà: una, quella regionale, più ristretta e l'altra, quella nazionale, più ampia. Quindi ogni indicatore è stato calcolato tre volte e questo ha comportato una molteplicità di fonti non indifferente. Infatti per ogni indicatore è servita una ricerca diversa, un approfondimento specifico, utilizzando sia fonti telematiche che cartacee.

La gran parte dei dati riguardanti l'ULSS 6 proviene dai vari dipartimenti interni (specialmente il Dipartimento di Prevenzione) che hanno comunicato i dati a loro disposizione dopo opportune richieste.

I dati regionali e nazionali provengono invece prevalentemente da pubblicazioni dell'ISTAT, del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità.

Si deve tener presente che non tutti gli indicatori proposti dal decreto ministeriale del 12 dicembre 2001 (n.27) sono stati considerati in questa tesi. Alcuni infatti, come gli indicatori di costi (quelli che servono a valutare la spesa dei cittadini per la sanità), sono stati esclusi perché non dipendono dalle politiche gestionali delle ULSS, altri invece, nonostante i mezzi a disposizione, non sono stati considerati o per difficoltà a reperirne le fonti o per mancanza dei dati stessi.

Comunque il numero di indicatori ministeriali raccolti con questo lavoro è alquanto superiore rispetto al numero di indicatori inviati dalle regioni al governo presenti sul sito della presidenza del Consiglio ([www.palazzochigi.it](http://www.palazzochigi.it)). L'ULSS 6 ha così ottenuto per la prima volta la possibilità di valutare i propri Livelli di Assistenza sanitaria e da questo progetto potrà proporre degli approfondimenti atti ad integrare le eventuali carenze in particolari settori.

**1.3 I risultati:** Gli indicatori ministeriali per il calcolo dei LEA, raccolti in appendice, sono stati divisi in cinque gruppi:

1. Indicatori di organizzazione sanitaria (A1:A7)
2. indicatori di valutazione sanitaria (A8:A17)
3. indicatori di ospedalizzazione (A18:A34)
4. indicatori di mortalità (A35:A46)
5. indicatori demografici e territoriali (A47:A59)

Mediante questo raggruppamento sono state facilitate sia la comprensione della finalità degli stessi indicatori, sia la visualizzazione dei risultati ottenuti.

Nel gruppo "*indicatori di organizzazione sanitaria*" sono stati inseriti quegli indicatori che descrivono le Aziende Sanitarie in termini di disponibilità di servizi, personale e accoglienza. Innanzitutto si nota che le percentuali di ULSS dotate di Dipartimento di Prevenzione (A1), Centro Unificato di Prenotazione (A2) e centrale 118 (A3) sono superiori nella Regione Veneto rispetto al totale delle ULSS di tutta Italia, e l'ULSS 6 dispone di tutti questi servizi. Per quanto riguarda il personale medico, in particolare medici di medicina generale (A5) e pediatri di libera scelta (A6), il valore medio nazionale di circa un medico ogni 1000 abitanti è uguale sia per la regione Veneto che per l'ULSS 6. ciò nonostante si nota che nell'ULSS 6 c'è una disponibilità di posti letto (A7) minore rispetto alla media regionale.

Gli "*indicatori di valutazione sanitaria*" sono quegli indicatori che permettono di valutare i risultati di campagne di prevenzione o di vaccinazione, oppure, generalmente, permettono di valutare la bontà delle scelte sanitarie effettuate dall'ente di riferimento.

In particolare fra i dati confrontati si registra che in Veneto le campagne di vaccinazione (A9) ottengono risultati superiori alle medie nazionali, i fumatori (A13) sono in calo e l'obesità (A14) è meno diffusa che nel resto d'Italia. Inoltre la percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (A15) è molto alta e l'ULSS 6 si pone ai primi posti tra le ULSS della regione.

Viceversa rappresenta un campanello d'allarme il fatto che la quantità di utenti SERT (A8) nella regione Veneto nell'anno 2000 era di 6.8 ogni mille abitanti (valore registrato nell'anno 2003 anche nell'ULSS 6), contro una media nazionale di 5.9. Anche i risultati della campagna per gli screening dei tumori dell'apparato genitale femminile (A12) non sembrano essere soddisfacenti. Infatti meno della metà della popolazione femminile aderisce agli inviti ad effettuare pap-test e mammografia. Così nel 2003 l'ULSS 6 ha eseguito 6232 pap-test e 5654 mammografie, controllando rispettivamente il 7.2% e il 15.6% della popolazione di riferimento.

Sono stati considerati "*indicatori di ospedalizzazione*" quegli indicatori che considerano il lavoro degli ospedali in termini di ricoveri, degenze e dimissioni. In evidenza per questi indicatori il fatto che nella regione Veneto le ospedalizzazioni per incidenti stradali ed incidenti sul lavoro sono superiori alle medie nazionali. C'è comunque da sottolineare un dato positivo nell'utilizzo delle strutture ospedaliere a livello locale. Risulta infatti che, nell'ULSS 6, le percentuali di ricoveri brevi (quindi evitabili) (A25) e di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici (ricoveri inappropriati) (A21) rispettano i parametri di riferimento. Inoltre anche i valori riguardanti i parti cesarei (A29) e gli aborti (IVG) (A28) mostrano un uso non eccessivo di queste procedure. Infine, analizzando i tassi di attrazione e fuga (A22, A23), si nota che i primi sono superiori ai secondi sia a livello di ULSS 6 che a livello regionale. Ciò dimostra la bontà del servizio ospedaliero locale che, nonostante una disponibilità di posti letto inferiore alla media regionale, attira pazienti anche dall'esterno.

Il raggruppamento degli "*indicatori di mortalità*", ovvero quegli indicatori che considerano la mortalità della popolazione, mostra un risultato positivo per l'ULSS 6. Il tasso di mortalità per tutte le cause (A35) è inferiore al dato nazionale di 2 punti percentuali e anche i tassi di mortalità per cause cerebrovascolari (A40), per tumori (A38) e di mortalità infantile (A37) propongono valori inferiori a livello di ULSS rispetto ai valori regionali e nazionali. Anche la vita media (A41) è leggermente superiore alla media di

altre aree. Al contrario le mortalità per cause legate al consumo di alcool (A44) come per alcune altre cause di mortalità evitabile (A36) e per incidenti (domestici, stradali e soprattutto sul lavoro) (A46) sono maggiori rispetto alle medie nazionali. Un'analisi più approfondita riguardo questo argomento è stata effettuata nel capitolo 2 dove verrà trattata la mortalità evitabile nell'ULSS 6.

Infine il gruppo di "*indicatori demografici e territoriali*" descrive la popolazione ed il territorio di riferimento. In particolare si considerano l'invecchiamento, l'incremento e l'attività della popolazione. Il quadro dell'ULSS 6 di Vicenza delineato da questi indicatori, presenta una popolazione che sta invecchiando rapidamente anche se in maniera inferiore al resto dell'Italia. Infatti il tasso di incremento socio-demografico (A49), aiutato dalla forte immigrazione, resta uno dei più alti della regione. Anche i risultati riguardanti l'attività della popolazione nel Veneto confermano un quadro storico nel quale la disoccupazione si è sempre attestata su livelli molto bassi.

Complessivamente dunque l'Azienda ULSS 6 di Vicenza sembra essere in salute: i servizi che offre sono all'avanguardia e la gestione delle risorse è efficiente. La mortalità presenta dati sostanzialmente positivi, nonostante una popolazione che sta invecchiando velocemente.





## Capitolo 2: la mortalità evitabile nell'ULSS 6

Lo scopo della sanità pubblica è la realizzazione dell'interesse della società nell'assicurare le condizioni nelle quali una popolazione possa essere definita sana.

Per arrivare a ciò la sanità deve svolgere 3 operazioni fondamentali:

1. comprendere, analizzare e misurare i problemi sanitari e le loro cause (e soprattutto la loro tendenza nel tempo) definendo poi le priorità per porre più attenzione alle patologie più importanti rispetto a quelle di minor rilievo;
2. formulare delle strategie atte a risolvere, o almeno a ridurre, le dimensioni di tali problemi;
3. assicurare l'erogazione dei servizi sanitari;

In questo capitolo si parlerà di mortalità, ed in particolare di mortalità evitabile.

La mortalità è un indicatore molto importante per la valutazione dello stato di salute di una popolazione perché, oltre a rispondere concretamente alla prima delle operazioni sopra elencate, è anche un ottimo supporto per le altre due.

### 2.1 Cos'è la mortalità evitabile:

Si definiscono casi di mortalità evitabile quei casi che avrebbero potuto essere risolti da un adeguato intervento della sanità pubblica.

Sappiamo (come verrà evidenziato nel prossimo capitolo) che in pochi anni si è verificato un consistente aumento della vita media in tutto il mondo. Le cause principali sono il costante miglioramento delle condizioni igienico sanitarie e le importanti scoperte che la medicina ha compiuto durante lo scorso secolo.

In assenza di un sistema sanitario, la mortalità all'interno di una popolazione sarebbe determinata, oltre che da fattori sociali, esclusivamente da fattori ambientali e genetici, ma, come già detto, grazie alla medicina si può intervenire su alcune patologie in determinate fasce d'età.

La mortalità evitabile è dunque correlata al risultato dell'azione sanitaria su una determinata popolazione. Ovviamente questo concetto vale sia in termini positivi che negativi, ovvero l'occorrenza di casi di morte per cause definite evitabili è indicatore di problemi all'interno del sistema sanitario di riferimento.

La prima classificazione delle cause di mortalità evitabile risale al 1976 (Rutstein), mentre la più recente è del 1998 (Simonato).

Quest'ultima, che utilizzeremo, distingue tre grandi gruppi di cause di morti evitabili.

1. morti evitabili mediante interventi di **prevenzione primaria**, cioè mediante l'adozione di normative e di comportamenti che servano a ridurre i fattori di rischio.

Queste sono:

- tumore alle prime vie aerodigestive
- tumore al fegato
- tumore al polmone
- tumore alla vescica
- AIDS
- overdose
- disturbi circolatori dell'encefalo
- cirrosi epatica
- morti violente (come incidenti stradali e suicidi)

2. morti evitabili mediante **diagnosi precoce e terapia**, cioè mediante interventi diagnostici e terapeutici in fase precoce.

Queste sono:

- tumore della pelle
- tumore alla mammella
- tumore al collo e corpo dell'utero
- tumore al testicolo
- morbo di Hodkin

3. morti evitabili mediante interventi di **igiene ed assistenza sanitaria**, cioè mediante il miglioramento delle prestazioni sanitarie di tipo terapeutico ed assistenziale.

Queste sono:

- malattie infettive
- leucemie
- diabete
- cardiopatie reumatiche croniche
- ipertensione
- malattie ischemiche del cuore
- malattie dell'apparato respiratorio
- ulcera peptica
- appendicite
- ernia addominale
- colecistite e colelitiasi
- morti materne

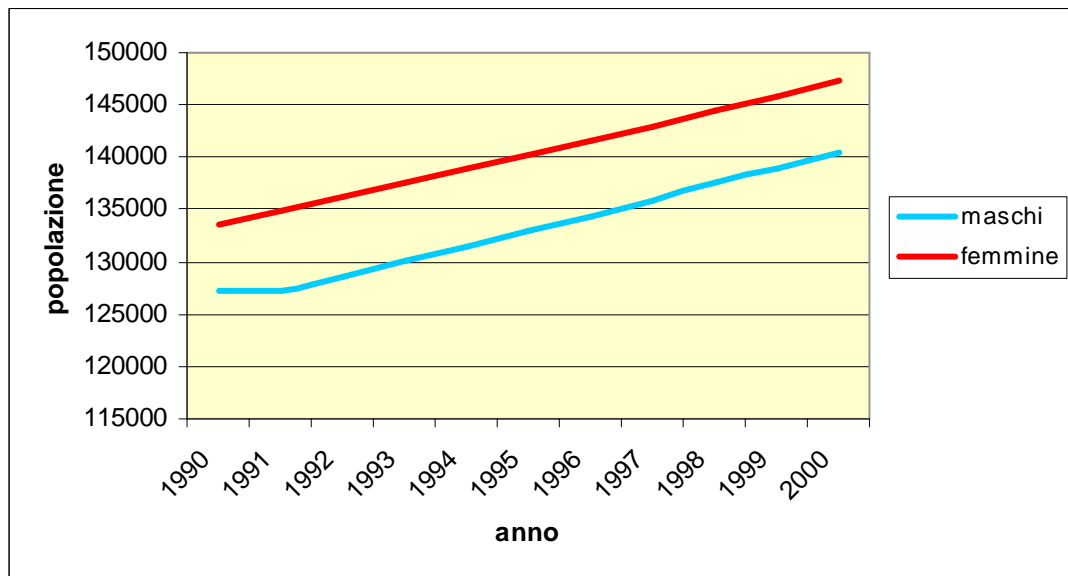
## **2.2 La popolazione di riferimento:**

Più avanti tratteremo lo sviluppo della mortalità evitabile all'interno dell'ULSS 6 di Vicenza negli anni che vanno dal 1991 al 1999. Specificamente si confronteranno i dati riguardanti la mortalità in periodi di tre anni ciascuno: dal '91 al '93, dal '94 al '96 e dal '97 al '99. È dunque importante controllare i mutamenti della popolazione di riferimento in quegli anni per avere un quadro complessivo della demografia locale. I dati in questione provengono da un database (disponibile anche nel sito dell'ULSS6 [www.vicenza.ulss.it](http://www.vicenza.ulss.it)) curato dall'ULSS, che contiene le informazioni delle anagrafi comunali. Questo significa che questi dati potrebbero risentire di eventuali errori di aggiornamento delle anagrafi stesse.

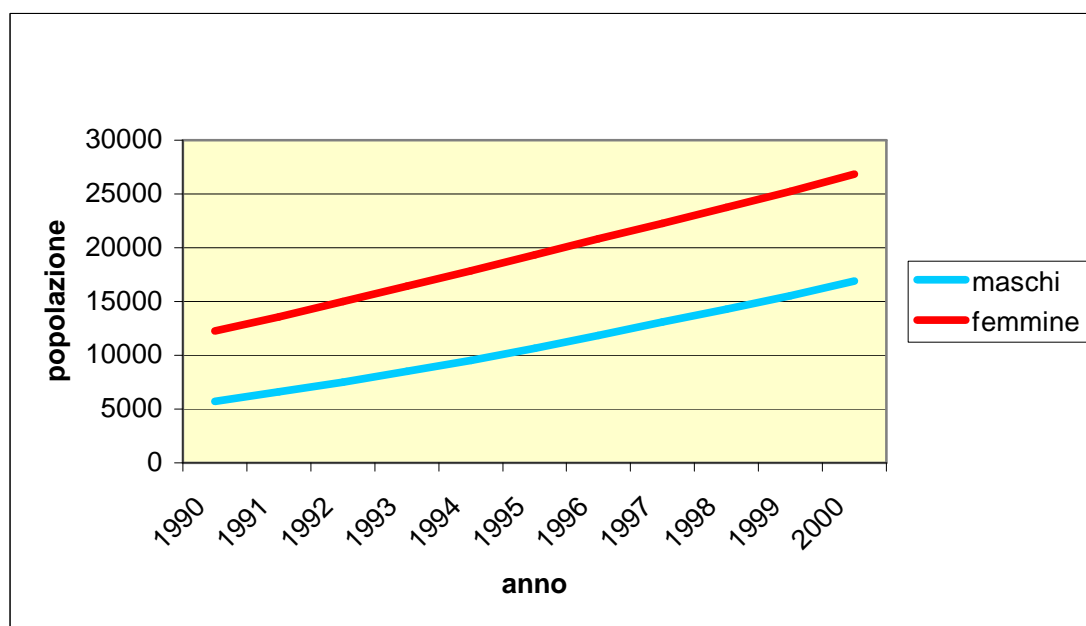
Il grafico 2.1 rappresenta la popolazione dell'ULSS 6 negli anni 1990 - 2000 separatamente per sesso. Qui si può notare una crescita costante della popolazione in quegli anni.

Molto più rilevante, soprattutto trattando la mortalità, il grafico 2.2 che mostra la crescita della popolazione di età superiore ai 64. Qui si evidenzia un aumento importante della popolazione di riferimento; si può dire che in 10 anni la popolazione di età superiore ai 65 anni sia più che raddoppiata per le femmine e quasi triplicata per i maschi nell'ULSS 6.

*Fig. 2.1 popolazione residente nell'ULSS 6 negli anni 1990-2000*



*Fig.2.2 popolazione di età 65 e più residente nell'ULSS 6 negli anni 1990- 2000*



La tabella 2.1 mostra come si presentava la popolazione dell'ULSS 6 al 31 Dicembre nell'anno 2000. Questo riferimento serve per i prossimi due paragrafi dove si presenteranno i dati riguardanti rispettivamente la mortalità generale e la mortalità evitabile negli anni dal 1998 al 2000.

*Tab. 2.1 popolazione dell'ULSS 6 al 31 Dicembre 2000*

età	maschi	femmine	totale
0 - 5	9086	8429	17515
6 - 14	12644	11885	24529
15 - 34	42347	40221	82568
35 - 64	59614	59816	119430
65 - 79	15053	20863	35916
80 +	2655	6869	9524
<b>Totale</b>	<b>141399</b>	<b>148083</b>	<b>289482</b>

### **2.3 La mortalità generale tra il 1998 e il 2000 nell'ULSS 6:**

Prima di presentare i dati sulla mortalità evitabile negli anni '90 nell'ULSS vicentina è opportuno presentare dati più recenti (1998-2000) a disposizione dell'ULSS riguardanti la mortalità generale (e le maggiori cause) della popolazione di riferimento.

Nel triennio 1998-2000 sono complessivamente morte 7418 persone nell'ULSS 6. Con la tabella 2.2 si riassumono i dati e le grandi cause dei decessi. Già in questa lista si possono individuare alcune delle cause di mortalità evitabile elencate prima.

Si può notare che i tumori e le malattie del sistema circolatorio costituiscono insieme più del 70% del totale delle morti, fatto che si riscontra in quasi tutti i paesi sviluppati.

Tab. 2.2 Cause di morte negli anni 1998-2000 nell'ULSS 6

CAUSA DI MORTE	maschi		femmine		totale	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
malattie infettive e parassitarie	14	0,4	24	0,6	38	0,5
Tumori	1256	34,3	941	25,1	2197	29,6
malattie ghiand. end.,nutrizione	88	2,4	110	2,9	198	2,7
malattie sangue	15	0,4	26	0,7	41	0,6
disturbi psichici	70	1,9	108	2,9	178	2,4
malattie sistema nervoso	73	2,0	102	2,7	175	2,4
malattie sistema circolatorio	1360	37,1	1751	46,7	3111	41,9
malattie sistema respiratorio	235	6,4	222	5,9	457	6,2
malattie apparato digerente	195	5,3	177	4,7	372	5,0
malattie apparato genitourinario	37	1,0	42	1,1	79	1,1
complicazioni parto	0	0,0	1	0,0	1	0,0
malattie pelle	2	0,1	5	0,1	7	0,1
malattie sist.osteom. e tes. connettivo	7	0,2	22	0,6	29	0,4
malf. congenite	13	0,4	11	0,3	24	0,3
condizioni di origine perinatale	11	0,3	4	0,1	15	0,2
sintomi e stati morbosi maldefiniti	46	1,3	53	1,4	99	1,3
traumatismi e avvelenamenti	244	6,7	153	4,1	397	5,4
<b>Totale</b>	<b>3666</b>	<b>100,0</b>	<b>3752</b>	<b>100,0</b>	<b>7418</b>	<b>100,0</b>

## 2.4 La mortalità evitabile tra il '98 e il 2000 nell'ULSS 6

Precisiamo innanzitutto che tutti i dati utilizzati in questo capitolo provengono da due file forniti dal Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 6: il primo riguardante tutti i casi di morte con le cause e le informazioni sul decesso dal 1990 al 1999, il secondo, più recente, relativo alla mortalità nell'anno 2000 (ultimi dati a disposizione).

Le tabelle 2.3, 2.4, 2.5 riportano i dati riguardanti la mortalità evitabile negli anni 1999-2000 divisi per sesso. La situazione sembra non presentare problemi evidenti: infatti si nota che le età mediane dei deceduti per le cause che presentano il maggior numero di decessi, superano tutte i 70 anni, ed a 70 anni possono concorrere svariate cause di morte. Quindi una persona che non muore ad un'età avanzata per una causa evitabile, avrebbe comunque una buona probabilità di morire per

altre cause. Al contrario, i valori minimi delle età mediane sono relative a quelle cause, come AIDS e overdose, che hanno una rilevanza inferiore all'interno della popolazione. In termini pratici questo induce ad un numero minore di anni di vita persi per la popolazione. Anche il confronto con le morti attese non sembra essere preoccupante. Infatti i valori ottenuti sono sempre vicini a quelli attesi e le differenze tra valori attesi ed ottenuti non risultano essere significative.

*Tab.2.3 Morti per cause evitabili mediante prevenzione primaria, ULSS 6 anni 1998-2000:*

	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Totale</b>	<b>Morti attese (*)</b>	<b>età mediana</b>
<b>TM. Prime vie aerodigestive</b>	<b>133</b>	<b>25</b>	<b>158</b>	<b>165,3</b>	<b>70</b>
TM. Fegato	91	34	125	122,2	73
TM. Polmone	337	114	451	441,6	72
TM. Vescica	46	13	59	59,6	75
AIDS	13	1	14	23,6	44
Overdose	12	2	14	9,2	37
Disturbi circolatori dell'encefalo	262	419	681	664,5	85
Cirrosi epatica	107	63	170	164,3	67
Morti violente	270	161	431	408,7	60
<b>Totale</b>	<b>1271</b>	<b>832</b>	<b>2103</b>	<b>2059,0</b>	<b>73</b>

*Tab. 2.4 Morti per cause evitabili mediante diagnosi precoce e terapia, ULSS 6 anni 1998-2000:*

	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Totale</b>	<b>Morti attese(*)</b>	<b>età mediana</b>
TM. Pelle	19	10	29	28,8	68
TM. Mammella	0	199	199	217,7	68
TM. Collo e corpo dell'utero	0	28	28	30,8	71
TM. Testicolo	2	0	2	2,1	60
M. di Hodkin	4	5	9	8,2	56
<b>totale</b>	<b>25</b>	<b>242</b>	<b>267</b>	<b>287,6</b>	<b>68</b>

Tab. 2.5 *Morti per cause evitabili mediante igiene e assistenza sanitaria, ULSS 6 anni 1998-2000:*

	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Totale</b>	<b>Morti attese(*)</b>	<b>età mediana</b>
M. infettive	21	13	34	48,3	80
Leucemie	44	49	93	73,9	71
Diabete	67	95	162	158,2	81
Cardiopatie reumatiche croniche	4	13	17	21,6	75
Iipertensione	56	137	193	178,7	85
M. ischemiche del cuore	430	432	862	1015,7	83
M. apparato respiratorio	203	187	390	462,1	84
Ulcera peptica	8	5	13	19,5	84
Appendicite	0	0	0	0,0	
Ernia addominale	1	3	4	6,2	78
Colecistite e colelitiasi	6	5	11	13,4	82
Morti materne	0	1	1	0,0	26
<b>totale</b>	<b>840</b>	<b>940</b>	<b>1780</b>	<b>1997,6</b>	<b>82</b>

(\*) Le morti attese sono calcolate applicando alla popolazione dell'ULSS 6 nel triennio di riferimento i tassi di mortalità relativi al triennio precedente

## **2.5 La mortalità evitabile tra il 1991 ed il 1999**

I dati riguardanti la mortalità evitabile nell'ULSS 6 tra il 1991 ed il 1999 sono stati divisi in gruppi di 3 anni ciascuno: '91-'93, '94-'96, '97-'99. I grafici 2.3, 2.4, 2.5 presentano questi dati mediante degli istogrammi che confrontano i diversi tassi di mortalità per 1000 morti (per tutte le cause) nei tre periodi di riferimento. Infine i dati grezzi sono riportati nelle tabelle 2.6, 2.7, 2.8. Subito si può affermare che i tassi per 1000 morti, sono rimasti pressoché costanti, diminuendo leggermente, durante lo scorso decennio nell'ULSS 6 di Vicenza per quasi tutte le cause. Il dato in controtendenza più evidente riguarda la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio. Si è infatti passati da un totale di 322 decessi per questa causa nel triennio '94-'96 a 450 dal 1997 al 1999 (vedi tab. 2.8) passando da un tasso di 47.0 nel '94-'96 a 60.9 nel triennio successivo. Approfondendo meglio questa situazione, si vede che gli aumenti consistenti di decessi per malattie dell'apparato respiratorio riguardano 2 anni: il 1997 e il 1999. Nel 1997 si sono verificati 140



decessi totali (25 in più rispetto l'anno precedente con un aumento percentuale del 18%) e nel 1999 ce ne sono stati 167 (24 in più rispetto al 1998 con un aumento del 14%).

Analizzando le età mediane dei deceduti (tabelle 2.6, 2.7, 2.8), si nota un aumento di queste pressoché costante nel corso degli anni. Questo è un risultato positivo perché significa che si muore sempre più tardi per cause di mortalità evitabile. Con uno studio ulteriore si potrebbe verificare sia la significatività di eventuali differenze tra i valori dei vari anni, sia le cause di queste diversità in positivo o in negativo, soprattutto relativamente alle politiche sanitarie effettuate dall'azienda sanitaria.

*Fig. 2.3 Morti per cause evitabili mediante prevenzione primaria, ULSS 6 anni 1991-1999 (tassi per 1000 morti)*

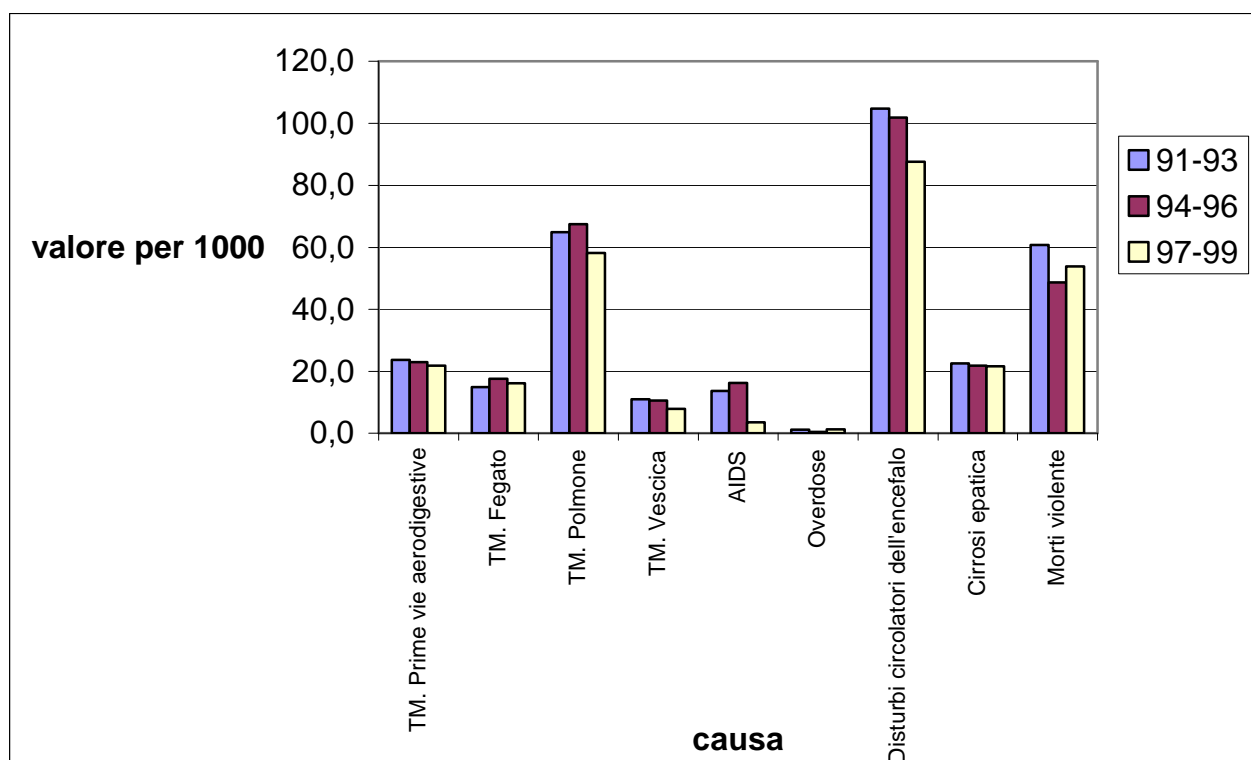


Fig. 2.4 Morti per cause evitabili mediante diagnosi precoce e terapia, ULSS 6 anni 1990-1999 (tassi per 1000 morti)

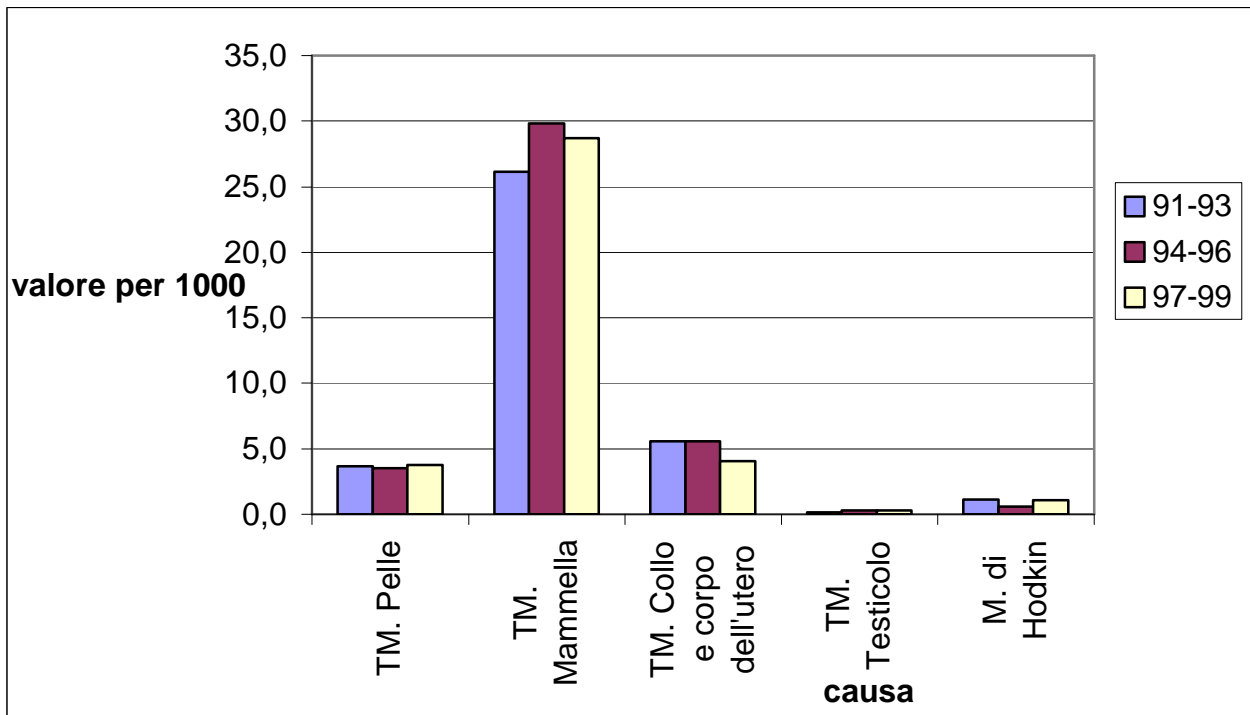
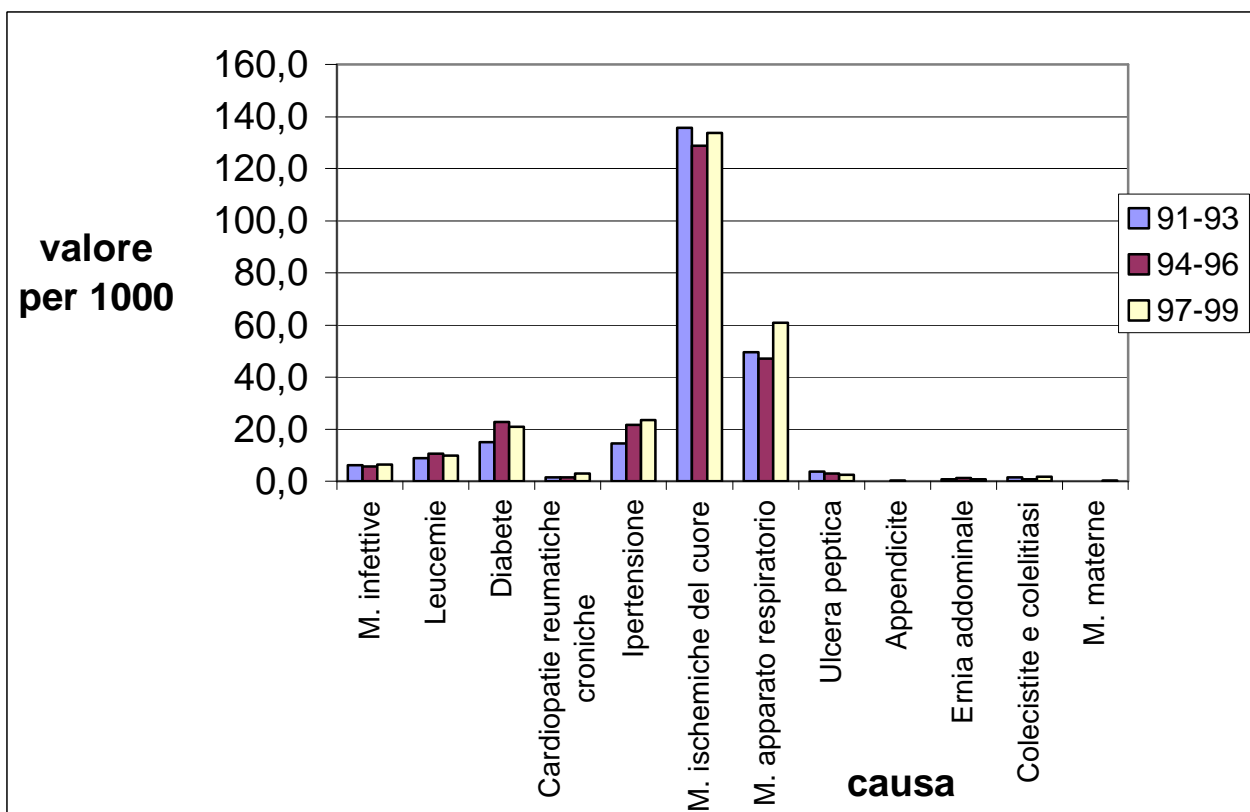


Fig. 2.5 Morti per cause evitabili mediante igiene e assistenza sanitaria, ULSS 6 anni 1990-1999 (tassi per 1000 morti)



*Tab.2.6 Morti per cause evitabili mediante prevenzione primaria, ULSS 6 anni 1991-1999:*

	Frequenze assolute			Età mediana		
	91-93	94-96	97-99	91-93	94-96	97-99
TM. Prime vie aerodigestive	149	157	161	65	66	70
TM. Fegato	94	120	119	68	70	73
TM. Polmone	409	462	430	67	69	72
TM. Vescica	69	72	158	71	76	74
AIDS	86	111	26	34	35	39
Overdose	7	3	9	32	33	30
Disturbi circolatori dell'encefalo	660	697	647	79	82	85
Cirrosi epatica	142	149	160	66	66	67
Morti violente	383	333	398	55	55	62

*Tab.2.7 Morti per cause evitabili mediante diagnosi precoce e terapia, ULSS 6 anni 1991-1999:*

	Frequenze assolute			Età mediana		
	91-93	94-96	97-99	91-93	94-96	97-99
TM. Pelle	23	24	28	65	67	68
TM. Mammella	165	204	212	69	71	71
TM. Collo e corpo dell'utero	35	38	30	66	75	69
TM. Testicolo	1	2	2	70	56	60
M. di Hodkin	7	4	8	65	46	50

*Tab.2.8 Morti per cause evitabili mediante igiene ed assistenza sanitaria, ULSS 6 anni 1991-1999:*

	Frequenze assolute			Età mediana		
	91-93	94-96	97-99	91-93	94-96	97-99
M. infettive	38	38	47	75	72	75
Leucemie	56	72	72	69	62	74
Diabete	95	156	154	80	80	81
Cardiopatie reumatiche croniche	10	10	21	73	61	74
Iperensione	92	148	174	79	89	83
M. ischemiche del cuore	856	882	989	86	73	82
M. apparato respiratorio	312	322	450	86	93	84
Ulcera peptica	23	20	19	63	82	84
Appendicite	0	1	0		84	
Ernia addominale	5	8	6	84	86	78
Colecistite e colelitiasi	9	5	13	79	86	80
Morti materne	0	0	1			26



## Capitolo 3: la situazione della sanità nel mondo

I dati e le informazioni esposti in questo terzo capitolo provengono dal rapporto sulla salute mondiale presentato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2003, che riporta dati relativi all'anno precedente.

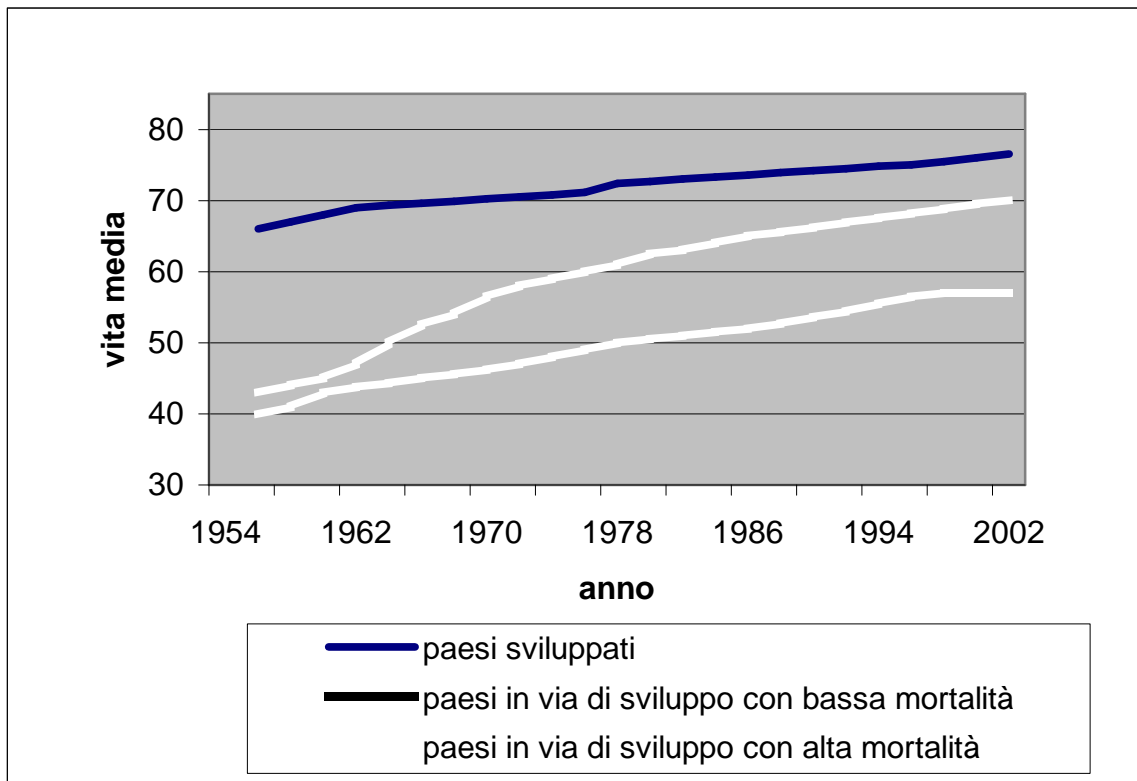
Il primo capitolo di questo lungo e dettagliato rapporto si occupa della valutazione della situazione sanitaria mondiale. Si riporteranno e si analizzeranno parte dei dati raccolti dall'OMS soprattutto in quel capitolo dato che, quando tratta della situazione della salute mondiale, l'OMS utilizza indicatori molto simili (ed a volte proprio gli stessi) a quelli utilizzati per il calcolo dei LEA. Verificare dunque anche la situazione mondiale fornisce uno spunto in più per comprendere il significato dei LEA ed il loro valore all'interno della società.

### 3.1 La speranza di vita:

La speranza di vita (o vita media) alla nascita, a 65 anni e libera da disabilità sono alcuni degli indicatori utilizzati per il calcolo dei LEA. L'OMS calcola che in tutto il mondo la vita media alla nascita sia cresciuta, negli ultimi 50 anni, di circa 20 anni: nel 1950 la media globale era di 46.5 anni, nel 2002 sono stati raggiunti i 65.2 anni (verificando così un aumento medio di 4 mesi all'anno).

Occorre però considerare le differenze che presenta questo dato tra le varie regioni del mondo. L'OMS suddivide i Paesi del mondo in tre grandi insiemi: i Paesi sviluppati, i Paesi in via di sviluppo con alta mortalità e i Paesi in via di sviluppo con bassa mortalità. Nei primi (che comprendono Australia, Rep. Sudafricana, Nordamerica ed Europa Occidentale) si è riscontrato un aumento della vita media di 9 anni negli ultimi 50 anni. L'aumento sale a 17 anni nei Paesi in via di sviluppo con alta mortalità (gran parte dell'Africa Subsahariana, le regioni povere dell'Asia, America Latina ed alcuni stati dell'Est Mediterraneo) e a 26 anni nei Paesi in via di sviluppo con bassa mortalità (Africa Settentrionale, Asia e Oceania).

**Fig. 3.1 Speranza di vita alla nascita**



Il grafico 3.1 mostra le serie storiche riguardanti la vita media alla nascita per questi tre gruppi di Paesi. Si può notare che, nella seconda metà del secolo scorso, la vita media nei Paesi sviluppati è cresciuta meno rapidamente che nei Paesi in via di sviluppo. Dunque il divario in termini di vita media tra Paesi sviluppati e non, che 50 anni fa era superiore a 15 anni, oggi è diminuito, ma la differenza rimane tuttora significativa.

Inoltre il dato della vita media alla nascita differisce anche per sesso; quasi ovunque le donne vivono più a lungo. I valori riguardanti il 2002 vanno da un massimo di 78 anni per le donne nei Paesi sviluppati a un minimo di 46 anni per gli uomini africani.

Il dato riguardante la vita media nell'ULSS 6 (vedi appendice A41) rispecchia esattamente la situazione caratteristica dei Paesi sviluppati: valore elevato (79.5 anni nel 2000) superiore per le femmine (83 anni) rispetto ai maschi (76 anni) e crescita lenta ma costante col passare degli anni. Un'eccezione rispetto all'aumento costante della vita media nel mondo è costituita da alcuni paesi

dell'ex Unione Sovietica dove si è verificata una diminuzione negli ultimi 10 anni di 2.9 anni per i maschi e di 1 per le femmine.

Un altro degli indicatori utilizzati per definire i LEA è la speranza di vita libera da disabilità (appendice A.44) che varia tra le regioni mondiali anche più della speranza di vita totale: qui si va da un massimo di 71.4 anni nelle regioni dell'Europa Occidentale a 41 anni nell'Africa Subsahariana, con una media mondiale pari a 57.7 anni nel 2002. Più avanti vedremo che questa variabilità deriva dal fatto che le maggiori cause di disabilità, come guerre e violenze, avvengono quasi esclusivamente nei Paesi in via di sviluppo.

### **3.2 La mortalità:**

La causa dell'aumento della vita media è stata il rapido calo della mortalità, soprattutto infantile e materna.

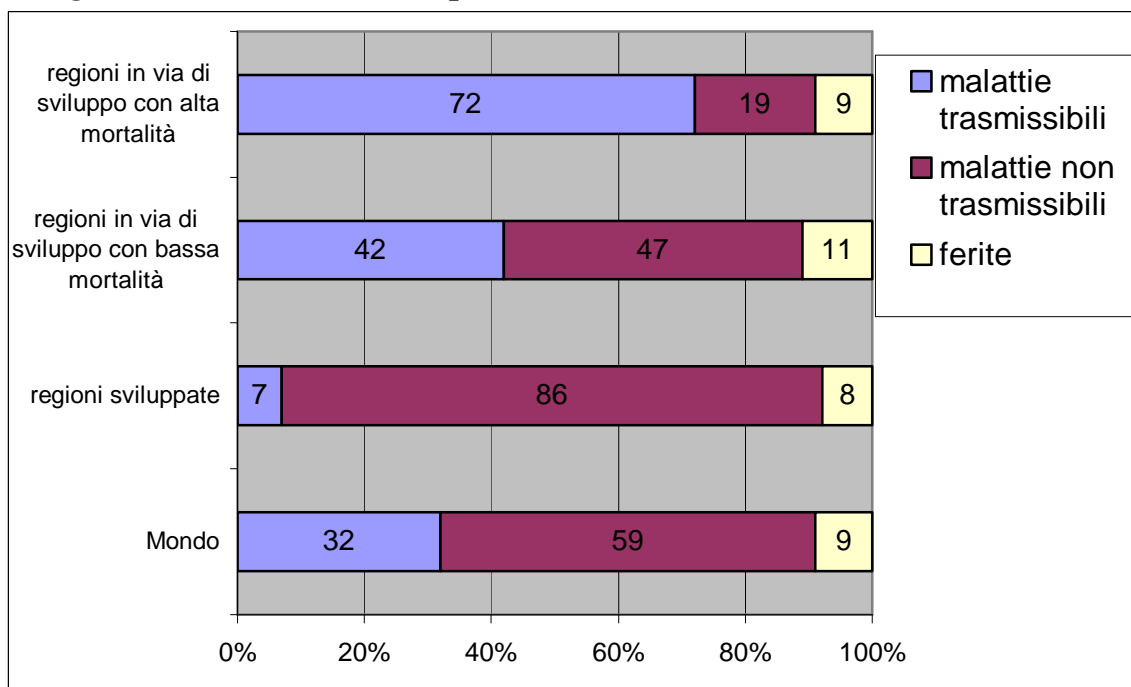
Nel 2002 sono morte circa 57 milioni di persone (20% dei quali bambini). Nella tabella 3.1 sono presenti tutti i dati riguardanti le morti nel mondo raccolti per causa del decesso e riguardanti 6 diverse aree. L'OMS suddivide infatti le regioni del mondo in 6 grandi gruppi: l'Africa, l'America, l'Asia Sud-orientale, l'Europa, l'Est Mediterraneo ed il Pacifico dell'Ovest. Si può notare che la mortalità in queste aree differisce soprattutto per le malattie trasmissibili e non trasmissibili, mentre le morti per ferite non subiscono forti cambiamenti a seconda dell'area geografica (vedi anche grafico 3.2). Il continente dove è maggiore il numero di decessi per malattie trasmissibili (nella tabella 3.1 sono rappresentate dalle voci malattie infettive e parassitarie ed infezioni respiratorie) è l'Africa con quasi 7 milioni, il 65% del totale delle morti. Al contrario in Europa queste morti costituiscono circa il 6% del totale. A conferma di questa situazione il fatto che l'Africa è l'unico continente dove le malattie cardiovascolari, che solitamente colpiscono la popolazione anziana, non sono la prima causa di morte. Nell'ULSS 6, nel triennio 1998-2000, sono decedute 38 persone per malattie infettive e

parassitarie (vedi tab. 2.2) e 16 per infezioni respiratorie (Cod. ICD9) con una percentuale di circa l'1% sul totale dei decessi.

Per quanto riguarda le morti per ferite, l'Asia, con circa il 10% sul totale dei decessi è il continente con il tasso di mortalità maggiore per questa causa. Inoltre le morti per ferite colpiscono i maschi molto più sensibilmente rispetto alle femmine in tutte le regioni del mondo. In particolar modo in Africa dov'è presente un consistente numero di focolai bellici.

Il grafico 3.3 mostra la differenza delle età dei deceduti tra le varie regioni del mondo. Si può notare che più della metà dei decessi nel mondo avviene in un'età superiore ai 59 anni; ma il dato più evidente è la diversità tra le mortalità infantili. Infatti mentre nei Paesi sviluppati le morti tra i 0 e i 4 anni sono approssimabili allo 0% delle totali, nelle regioni in via di sviluppo con alta mortalità queste raggiungono il 32%.

**Fig.3.2 Cause di morte nei paesi OMS**



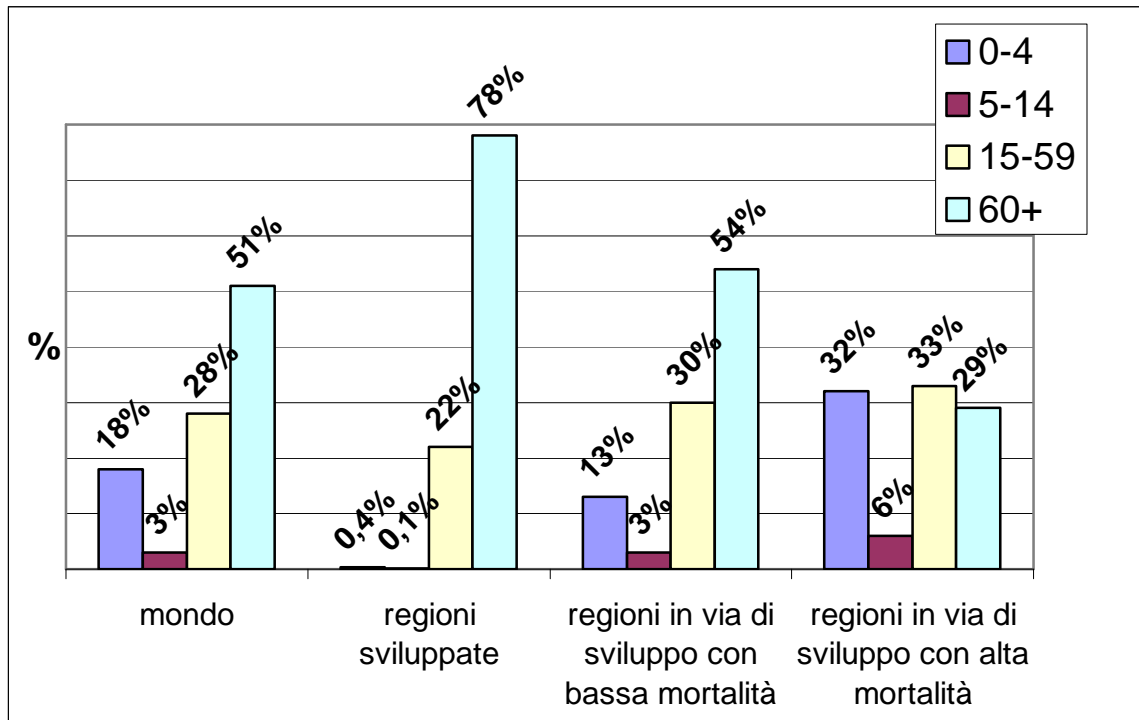


Tab. 3.1 morti per sesso, causa e regione di appartenenza nell'anno 2002

	mondo				africa				america				asia sud-orientale			
	TOT	%	M	F	TOT	%	M	F	TOT	%	M	F	TOT	%	M	F
<b>POPOLAZIONE (MIGLIAIA)</b>	6.224.984,81		3.131.052,05	3.093.932,76	672.238,00		333.773,72	338.464,28	852.551,28		420.829,87	431.721,41	1.590.832,55		813.417,61	777.414,94
<b>cause di morte</b>																
<b>tutte le cause</b>	<b>57.027.283</b>	<b>100,00</b>	<b>29.949.220</b>	<b>27.078.063</b>	<b>10.778.044</b>	<b>100,00</b>	<b>5.557.783</b>	<b>5.220.261</b>	<b>5.957.134</b>	<b>100,00</b>	<b>3.169.058</b>	<b>2.788.075</b>	<b>14.619.270</b>	<b>100,00</b>	<b>7.696.523</b>	<b>6.922.747</b>
<b>malattie trasmissibili,</b>																
<b>condizioni materna,perinatale</b>	<b>18.415.581</b>	<b>32,29</b>	<b>9.477.200</b>	<b>8.938.381</b>	<b>7.779.020</b>	<b>72,17</b>	<b>3.903.304</b>	<b>3.875.716</b>	<b>874.871</b>	<b>14,69</b>	<b>468.498</b>	<b>406.373</b>	<b>5.729.702</b>	<b>39,19</b>	<b>2.982.251</b>	<b>2.747.451</b>
<b>e nutrizionale</b>																
malattie infettive e																
A.parassitarie	11.122.131	19,50	5.968.089	5.154.042	5.786.522	53,69	2.931.388	2.855.135	394.598	6,62	227.660	166.938	2.967.504	20,30	1.668.977	1.298.527
B.infezioni respiratorie	3.844.724	6,74	1.931.010	1.913.715	1.070.398	9,93	578.959	491.439	228.297	3,83	112.473	115.824	1.392.386	9,52	686.065	706.321
C.condizioni materne	510.193	0,89	0	510.193	231.274	2,15	0	231.274	16.627	0,28	0	16.627	171.083	1,17	0	171.083
D.condizioni perinatali	2.463.867	4,32	1.367.752	1.096.115	553.726	5,14	320.837	232.889	174.732	2,93	99.097	75.635	1.012.010	6,92	557.864	454.146
E.carenze nutrizionali	474.666	0,83	210.349	264.317	137.100	1,27	72.120	64.980	60.616	1,02	29.268	31.349	186.719	1,28	69.344	117.375
<b>malattie non trasmissibili</b>	<b>33.423.587</b>	<b>58,61</b>	<b>16.991.571</b>	<b>16.432.015</b>	<b>2.251.853</b>	<b>20,89</b>	<b>1.101.917</b>	<b>1.149.937</b>	<b>4.542.598</b>	<b>76,25</b>	<b>2.281.703</b>	<b>2.260.895</b>	<b>7.423.166</b>	<b>50,78</b>	<b>3.848.035</b>	<b>3.575.131</b>
A.neoplasmi maligni	7.106.354	12,46	3.962.649	3.143.706	409.513	3,80	214.938	194.575	1.115.802	18,73	578.526	537.277	1.159.742	7,93	588.988	570.754
B.altri neoplasmi	148.438	0,26	74.293	74.144	8.755	0,08	4.265	4.490	29.301	0,49	14.659	14.642	18.853	0,13	9.109	9.745
C.diabete	986.837	1,73	440.020	546.817	79.979	0,74	28.825	51.154	252.048	4,23	111.828	140.219	262.473	1,80	128.643	133.830
D.disturbi endocrini	242.704	0,43	108.003	134.701	25.511	0,24	11.135	14.376	62.516	1,05	28.219	34.297	39.124	0,27	17.097	22.028
E.condizioni neuropsichiatriche	1.104.859	1,94	569.876	534.984	90.274	0,84	53.926	36.348	240.416	4,04	112.975	127.441	266.571	1,82	145.216	121.355
F.malattie agli organi dei sensi	3.208	0,01	1.601	1.607	3	0,00	3	0	270	0,00	130	140	1.100	0,01	514	586
G.malattie cardiovascolari	16.654.924	29,21	8.073.924	8.581.000	1.035.691	9,61	459.191	576.500	1.926.612	32,34	947.619	978.993	3.910.970	26,75	2.015.935	1.895.035
H.malattie respiratorie	3.696.309	6,48	1.908.784	1.787.526	257.225	2,39	151.219	106.005	397.280	6,67	208.308	188.972	873.948	5,98	478.223	395.725
malattie dell'apparato																
I.digerente	1.962.517	3,44	1.090.722	871.795	157.157	1,46	91.961	65.196	283.028	4,75	167.151	115.877	502.502	3,44	260.215	242.287
malattie dell'apparato genito-																
J.urinario	847.168	1,49	442.125	405.043	105.338	0,98	47.093	58.245	135.765	2,28	67.697	68.068	206.136	1,41	115.709	90.427
K.malattie della pelle	68.810	0,12	26.155	42.655	19.828	0,18	5.898	13.930	12.276	0,21	4.819	7.457	14.739	0,10	6.849	7.890
L.malattie muscolari	106.423	0,19	37.543	68.880	6.655	0,06	2.590	4.065	28.792	0,48	8.856	19.936	16.834	0,12	7.897	8.937
M.malattie genetiche	493.409	0,87	255.086	238.323	55.921	0,52	30.869	25.052	58.121	0,98	30.721	27.400	149.465	1,02	73.286	76.179
N.malattie della bocca	1.627	0,00	793	834	3	0,00	3	0	369	0,01	194	175	707	0,00	354	353
<b>ferite</b>	<b>5.188.115</b>	<b>9,10</b>	<b>3.480.449</b>	<b>1.707.666</b>	<b>747.171</b>	<b>6,93</b>	<b>552.562</b>	<b>194.609</b>	<b>539.666</b>	<b>9,06</b>	<b>418.857</b>	<b>120.808</b>	<b>1.466.402</b>	<b>10,03</b>	<b>866.237</b>	<b>600.165</b>
A.ferite non intenzionali	3.562.022	6,25	2.316.738	1.245.284	487.944	4,53	337.031	150.913	320.799	5,39	229.568	91.231	1.080.324	7,39	615.407	464.916
B.ferite intenzionali	1.626.093	2,85	1.163.711	462.382	259.226	2,41	215.531	43.695	218.867	3,67	189.289	29.577	386.078	2,64	250.830	135.248

	europa				est mediterraneo				pacifico dell'ovest			
	TOT	%	M	F	TOT	%	M	F	TOT	%	M	F
<i>POPOLAZIONE (MIGLIAIA)</i>	877.886,91		425.379,64	452.507,27	502.823,92		256.622,84	246.201,08	1.717.536,40		875.534,16	842.002,24
<b>cause di morte</b>												
<b>tutte le cause</b>	<b>9.481.569</b>	<b>100,00</b>	<b>4.880.215</b>	<b>4.601.353</b>	<b>4.167.694</b>	<b>100,00</b>	<b>2.241.957</b>	<b>1.925.738</b>	<b>11.931.837</b>	<b>100,00</b>	<b>6.355.052</b>	<b>5.576.785</b>
<b>malattie trasmissibili, condizioni materna,perinatale e nutrizionale</b>	<b>566.187</b>	<b>5,97</b>	<b>323.823</b>	<b>242.364</b>	<b>1.745.753</b>	<b>41,89</b>	<b>882.431</b>	<b>863.322</b>	<b>1.700.973</b>	<b>14,26</b>	<b>907.243</b>	<b>793.730</b>
A.malattie infettive e parassitarie	211.046	2,23	145.704	65.342	959.145	23,01	494.381	464.764	793.528	6,65	494.713	298.814
B.infezioni respiratorie	273.972	2,89	134.928	139.043	365.022	8,76	191.292	173.731	510.283	4,28	225.194	285.088
C.condizioni materne	2.776	0,03	0	2.776	67.148	1,61	0	67.148	20.829	0,17	0	20.829
D.condizioni perinatali	66.385	0,70	38.521	27.864	303.141	7,27	175.479	127.662	350.258	2,94	174.065	176.193
E.carenze nutrizionali	12.008	0,13	4.670	7.339	51.295	1,23	21.279	30.016	26.076	0,22	13.271	12.805
<b>malattie non trasmissibili</b>	<b>8.112.623</b>	<b>85,56</b>	<b>3.960.428</b>	<b>4.152.195</b>	<b>2.030.575</b>	<b>48,72</b>	<b>1.101.351</b>	<b>929.224</b>	<b>8.999.290</b>	<b>75,42</b>	<b>4.666.115</b>	<b>4.333.175</b>
A.neoplasmi maligni	1.821.985	19,22	1.023.990	797.995	272.075	6,53	150.886	121.188	2.315.242	19,40	1.398.841	916.401
B.altri neoplasmi	38.098	0,40	18.547	19.552	24.539	0,59	13.593	10.946	28.531	0,24	13.946	14.585
C.diabete	140.870	1,49	57.217	83.653	55.489	1,33	26.878	28.611	191.228	1,60	84.513	106.715
D.disturbi endocrini	33.701	0,36	14.752	18.949	28.438	0,68	13.875	14.563	52.135	0,44	22.337	29.798
E.condizioni neuropsichiatriche	249.920	2,64	120.918	129.002	89.111	2,14	58.881	30.230	165.529	1,39	76.337	89.192
F.malattie agli organi dei sensi	393	0,00	218	175	1.212	0,03	619	593	224	0,00	114	110
G.malattie cardiovascolari	4.856.772	51,22	2.183.128	2.673.644	1.079.633	25,90	578.430	501.203	3.816.582	31,99	1.875.695	1.940.887
H.malattie respiratorie	398.438	4,20	238.755	159.683	154.876	3,72	87.150	67.726	1.609.593	13,49	742.530	867.063
I.malattie dell'apparato digerente	384.337	4,05	213.887	170.450	151.976	3,65	77.854	74.121	479.475	4,02	277.249	202.226
J.malattie dell'apparato genito-urinario	112.085	1,18	55.857	56.228	82.571	1,98	46.435	36.136	202.712	1,70	108.050	94.662
K.malattie della pelle	11.841	0,12	4.131	7.710	5.077	0,12	2.453	2.624	4.729	0,04	1.890	2.839
L.malattie muscolari	25.459	0,27	7.754	17.705	3.086	0,07	1.370	1.716	25.265	0,21	8.939	16.326
M.malattie genetiche	38.473	0,41	21.172	17.300	82.377	1,98	42.874	39.502	107.869	0,90	55.588	52.282
N.malattie della bocca	252	0,00	102	150	117	0,00	53	64	176	0,00	86	91
<b>ferite</b>	<b>802.759</b>	<b>8,47</b>	<b>595.965</b>	<b>206.794</b>	<b>391.366</b>	<b>9,39</b>	<b>258.175</b>	<b>133.192</b>	<b>1.231.574</b>	<b>10,32</b>	<b>781.694</b>	<b>449.880</b>
A.ferite non intenzionali	546.807	5,77	394.245	152.562	293.391	7,04	187.606	105.785	826.950	6,93	548.804	278.146
B.ferite intenzionali	255.951	2,70	201.719	54.232	97.976	2,35	70.569	27.407	404.624	3,39	232.890	171.734

**Fig.3.3 Età di morte nei paesi OMS**



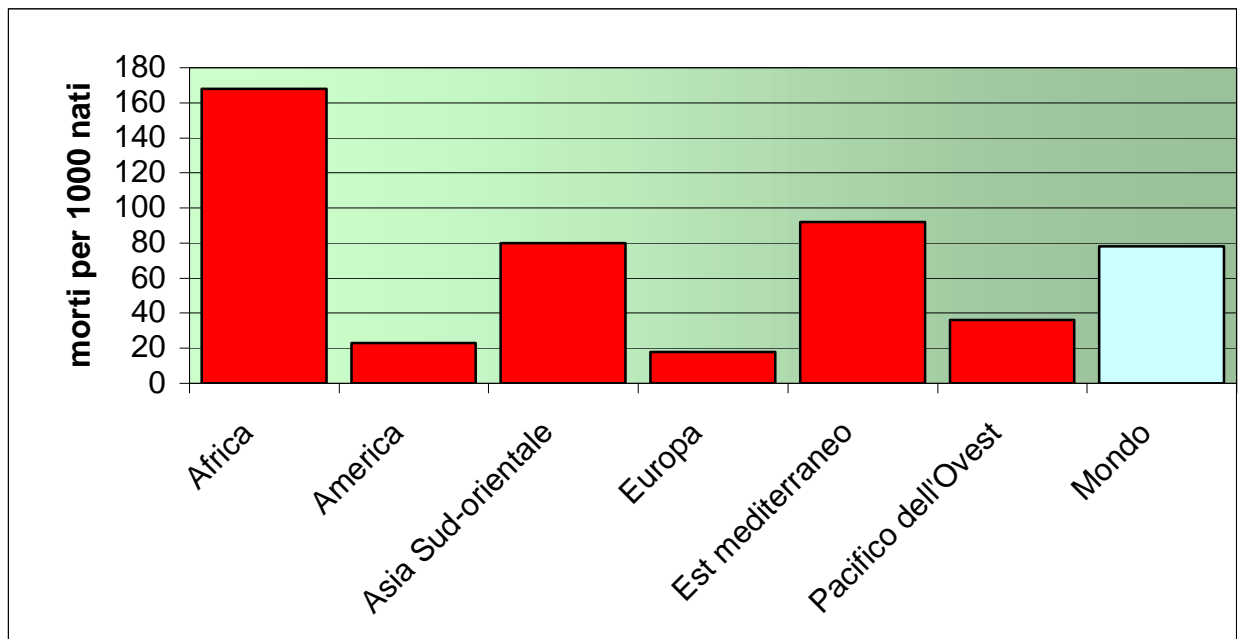
**3.3 La mortalità infantile:** nel 1970 il valore mondiale del tasso relativo alla mortalità infantile (decessi entro i primi 5 anni di vita) era pari a 147 morti per mille bambini vivi, mentre nel 2002 ha raggiunto un valore di circa 80 per mille (grafico 3.4).

Persiste però una grandissima differenza tra i paesi sviluppati e non; infatti il 98% delle morti di bambini è avvenuto nei Paesi in via di sviluppo. Ad esempio il tasso di mortalità infantile nell'ULSS 6 nel 2000 è di 3.8 morti nel primo anno di vita ogni 1000 bambini nati vivi (vedi appendice A37).

Per spiegare meglio questa situazione si possono portare alcuni esempi: ogni giorno muoiono 10.5 milioni di bambini sotto i 5 anni, ma se tutti gli stati avessero un tasso di mortalità infantile pari a quello dell'Islanda (uno dei 15 paesi con tasso di mortalità infantile inferiore a 5 su mille) ne morirebbero meno di mezzo milione. Oppure, in Sierra Leone, un bambino ha una probabilità 3 volte e mezzo maggiore di morire prima di compiere 5 anni di un bambino

indiano e più di un centinaio di volte superiore che nella già citata Islanda.

**Fig. 3.4 Mortalità infantile nel mondo, anno 2002: decessi sotto i 5 anni**



Il grafico 3.4 mostra i tassi di mortalità infantile (morti sotto i 5 anni ogni 1000 bambini di pari età) riguardanti le 6 aree geografiche sopra citate.

Comparando la mortalità infantile nel mondo tra maschi e femmine, si osserva che è più alta per i primi quasi ovunque tranne che in Cina, Nepal, India e Pakistan. In Cina le giovani femmine hanno il 33% di probabilità di morire più dei maschi, questo a causa di una società dove, all'interno della famiglia, si preferiscono di gran lunga gli eredi di sesso maschile.

I Paesi dove maggiormente, in questi ultimi 30 anni, si è verificato il guadagno in termini di calo della mortalità infantile sono stati quelli dell'Est Europa, dell'America Latina e quelli Asiatici, mentre in Africa questo miglioramento non si è visto soprattutto a causa dell'avvento, negli anni '80, dell'HIV/AIDS.

Anche in America Latina la mortalità infantile è diminuita parecchio. Questo si riscontra principalmente in Cile, Costa Rica e Cuba dove, in 30 anni, è scesa di più dell'80%. Restando in America la situazione peggiore riguarda Haiti con 133 morti su mille bambini, circa il doppio della Bolivia che è la seconda nazione americana per mortalità infantile.

Una situazione particolare si incontra in alcuni stati dell'Est Europeo dove la mortalità infantile aumentò o rimase costante fino agli anni '70, per poi diminuire dopo gli anni '80; questo dato si diversificava dalla mortalità adulta che invece, in quella stessa area, negli anni '90 era in costante ascesa.

L'86% delle morti infantili è attribuibile a sole 10 cause (vedi tabella 3.2). Le prime cause della mortalità infantile restano, come in passato, le infezioni e le malattie parassitarie. Per quanto riguarda la situazione dell'AIDS, l'Africa Subsahariana registra la situazione più critica; qui infatti, dove avvengono il 23% delle nascite e il 42% delle morti infantili totali del mondo, l'AIDS è la causa del 9% di queste ultime.

Il dato positivo è il calo registrato nelle morti infantili causate da malattie diarroiche e dal morbillo. Infatti, pur restando costante l'incidenza di queste malattie, la mortalità è diminuita da 2.5 milioni nel 1990 a 1.6 milioni nel 2002 (circa il 15% del totale delle morti infantili).

Altro dato positivo in India, dove il numero di morti sotto i 15 anni è calato da 3.5 milioni del 1990 a 2.3 milioni nel 2002. C'è comunque da considerare che le nascite sono diminuite del 10%.

Sempre in India, le cause predominanti della mortalità infantile sono rimaste più o meno le stesse con le eccezioni dei problemi legati al parto, che sono aumentati, mentre le morti per malattie diarroiche, morbillo e tetano sono diminuite grazie soprattutto all'introduzione di terapie di reidratazione e alle campagne di vaccinazione sostenute dal governo.

Tab.3.2 **Quantità di bambini morti (migliaia) nei Paesi in via di sviluppo nel 2002 per causa**

causa	migliaia	%
condizioni legate alla gravidanza	2375	23,1
infezioni alle basse vie respiratorie	1856	18,1
malattie diarroiche	1566	15,2
malaria	1098	10,7
morbillo	551	5,4
anomalie congenite	386	3,8
HIV/AIDS	370	3,6
pertosse	301	2,9
tetano	185	1,8
malnutrizione	138	1,3
altro	1437	14
<b>totale</b>	<b>10263</b>	<b>100</b>

**3.4 La mortalità adulta:** Anche i dati riguardanti la mortalità adulta\* mostrano un calo negli ultimi anni. Si è passati da un tasso globale di mortalità adulta pari a 354 ogni 1000 adulti nel 1955 a 207 su 1000 nel 2002. Anche qui però bisogna portare dei distinguo: la probabilità di morte di un adulto nell’Africa Subsahariana è 4 volte superiore a quella dei Paesi sviluppati. Per esempio negli anni ‘90 (dal 1990 al 1999) nell’ULSS 6 di Vicenza la percentuale di decessi in età compresa tra i 15 e i 59 anni sul totale dei decessi, era pari al 15% (fonte ULSS 6 dati mortalità). Comunque anche all’interno di un continente sviluppato come l’Europa persistono forti differenze. Ad esempio, in alcune regioni dell’Europa dell’Est, gli adulti di età compresa tra i 15 e i 59 anni hanno una probabilità di morire fino a 6 volte superiore rispetto all’Ovest Europeo; in più in

---

\* con mortalità adulta si intende la mortalità che avviene tra i 15 e i 59 anni

queste regioni la mortalità maschile è addirittura superiore che nei Paesi in via di sviluppo di America e Asia.

Come già detto, globalmente, la mortalità per gli adulti negli ultimi tempi è scesa e la vita media a 15 anni è cresciuta di 2 – 3 anni in un ventennio. Eccezioni sono alcuni Paesi dell’Africa Subsahariana, dove la vita media a 15 anni è scesa di circa 7 anni tra il 1980 e il 2002 ed anche alcuni Paesi dell’ex URSS dove è scesa di 4.2 anni per i maschi e 1.6 per le femmine. Questa differenza tra la mortalità adulta maschile e femminile nell’ex Unione Sovietica è ancora più evidente rispetto alla mortalità infantile. Infatti se si studia la situazione riguardante le morti premature delle donne adulte, essa risulta essere molto meno drammatica di quella degli uomini. Si può dunque dire che questo calo della mortalità adulta è un risultato medio tra alcune regioni dove questo fattore è diminuito vistosamente (ad esempio le regioni sviluppate) ed altre, come quelle dell’Africa Subsahariana, dove dal 1990 ad oggi la probabilità di morte tra i 15 e i 59 anni è aumentata fino a raggiungere livelli simili a quelli di 30 anni fa. Questo sempre a causa dell’AIDS. L’OMS afferma che in assenza di questa epidemia, la vita media in Africa nel 2002 sarebbe stata di 6.4 anni superiore, ed addirittura in alcuni paesi fino anche a più di 20 anni. C’è però da rimarcare che anche in alcune zone dell’Europa dell’Est la speranza di vita è scesa tornando a valori simili a quelli dei primi anni ‘80.

Nel 2002, in tutto il mondo, sono morti 45 milioni di adulti sopra i 15 anni; di questi, 4.5 milioni sono morti per malattie legate alla maternità e all’alimentazione, 32 milioni sono morti per altre malattie e 3 milioni per ferite. Si chiarisce che la categoria “ferite” viene separata (vedi tabella 3.1) in “ferite non intenzionali” che comprendono gli incidenti stradali, gli avvelenamenti, le cadute, le bruciature e gli annegamenti e in “ferite intenzionali” comprendenti morti in guerra, suicidi e violenze. Quindi nel 2002, nel mondo,

poco meno di una persona su 10 è morta per ferite (70% di questi maschi). Segnaliamo tra questi soprattutto i morti per incidenti stradali e i morti in guerra perché queste cause sono le due maggiormente in crescita negli ultimi anni.

Tab.3.3 Prime cause di mortalità di adulti di età compresa tra 15 e 60 anni (migliaia) nel mondo, anno 2002

causa	migliaia	%
HIV/AIDS	2279	14,1
malattie cardiovascolari	1332	8,3
Tubercolosi	1036	6,4
incidenti stradali	814	5,0
malattie cerebrovascolari	783	4,9
suicidi ed altre morti per ferite provocate dal deceduto	672	4,2
Violenza	473	2,9
Altro	8734,0	54,2
Totale	16123,0	100,0

Nella tabella 3.3 sono indicate le principali cause della mortalità adulta. Come abbiamo visto prima, nel 2002 sono morte 5 milioni di persone per ferite. C'è inoltre da ricordare che queste ferite, che di solito colpiscono i giovani adulti, spesso, quando non causano la morte, possono incidere sulla disabilità. In parte dell'America e in Europa Orientale più del 30% della popolazione maschile di età compresa tra i 15 e i 44 anni ha problemi causati da incidenti. In queste aree dove non sono presenti focolai bellici, il dato più evidente riguarda gli incidenti stradali che sono al terzo posto come causa di disabilità (dopo l'AIDS e la depressione). Gli incidenti stradali sono in forte e continuo aumento anche nell'Africa Subsahariana e nell'Asia Sud-orientale.

**3.5 La mortalità dopo i 60 anni:** Nei Paesi sviluppati il 78% degli adulti muore dopo i 60 anni contro il 42% dei Paesi in via di sviluppo. Lo stesso dato riguardante l'ULSS 6 conferma questa tendenza, qui infatti negli anni '90 ben l'84% dei decessi è



avvenuto dopo il sessantesimo anno di vita (fonte ULSS 6 dati mortalità). Globalmente un 60enne ha il 55% di probabilità di morire entro l'80 compleanno. Per un 60enne i dati variano da una probabilità di morte entro l'ottantesimo compleanno pari al 40% nei Paesi sviluppati dell'Europa occidentale (nell'ULSS 6 questa probabilità è pari al 46%) ad un 70% in Africa. La mortalità tra i 60 e gli 80 anni dunque non cambia così vistosamente a seconda delle regioni. Questo è dato dal fatto che anche nei Paesi in via di sviluppo, un individuo che riesce a raggiungere i 60 anni di vita può avere la possibilità di vivere anche più a lungo. Soprattutto dagli anni '70, la speranza di vita a 60 anni ha cominciato a crescere in maniera importante in tutto il mondo. Per esempio in Giappone, il Paese dove si vive più a lungo, ha raggiunto il valore di 25 anni. Analizzando invece le cause della mortalità tra i 60 e 80 anni, le malattie cardio-cerebrovascolari causano il 36% delle morti in questa età nei Paesi sviluppati. La seconda causa sono i tumori. Nel 2002 sono morte in totale 7.1 milioni di persone per tumori e il 17% di queste, in gran parte maschi, per i tumori alle vie respiratorie che, negli ultimi 10 anni, sono aumentati globalmente del 30% a causa del consumo di tabacco.

**Tav3.4 prime cause di mortalità di adulti di età superiore a 60 anni (migliaia) nel mondo, anno 2002**

<b>causa</b>	<b>migliaia</b>	<b>%</b>
malattie cardiovascolari	<b>5825</b>	<b>20,1</b>
malattie cerebrovascolari	<b>4689</b>	<b>16,2</b>
malattie croniche alle vie respiratorie	<b>2399</b>	<b>8,3</b>
infezioni alle basse vie respiratorie	<b>1396</b>	<b>4,8</b>
Tumore alle vie respiratorie	<b>928</b>	<b>3,2</b>
Diabete	<b>754</b>	<b>2,6</b>
malattie cardiache dovute all'ipertensione	<b>735</b>	<b>2,5</b>
Altro	<b>12194</b>	<b>42,2</b>
<b>Totale</b>	<b>28920</b>	<b>100,0</b>

In conclusione, nonostante il guadagno mondiale in termini di vita media negli ultimi anni, persistono tutt'oggi delle situazioni preoccupanti in termini sanitari. Inoltre, tenuto conto che i bambini sono la parte più debole della popolazione mondiale, si dovrebbe agire urgentemente per prevenire la morte evitabile in questa età. Basti pensare che per curare un bimbo giapponese si spendono in media ben 550 dollari all'anno, mentre in Sierra Leone, dove persiste una situazione di guerra civile, per la salute di un bimbo si spendono invece appena 3 dollari. Certo è che la causa principale della mortalità infantile è la povertà; infatti nell'Africa Subsahariana, appunto la regione più povera al mondo, il 35% dei bambini muore sotto i 10 anni; nel 2002 sono morti in 4 milioni. Ciò significa che ogni ora più di 500 madri africane perdono un figlio. Le cause di questa situazione sono già state elencate prima: problemi legati al parto, malattie diarroiche, disturbi respiratori, malaria e AIDS. Proprio quest'ultima malattia ogni giorno uccide in Africa oltre 1000 bambini e 5000 uomini e donne di età compresa tra i 15 e i 59 anni. Si punta quindi soprattutto alla prevenzione. Un esempio è costituito dal Brasile dove, andando in quella direzione, tra il 2000 e il 2002 i casi di AIDS sono diminuiti di oltre il 50%.

## APPENDICE A: gli indicatori LEA

### Indicatori di organizzazione sanitaria

#### A1. Percentuale di aziende USL dotate di Dipartimento di Prevenzione

*Definizione:*

Percentuale di aziende USL con Dipartimento di Prevenzione

Numeratore:  $\frac{\text{N. Aziende USL con Dip. Prevenzione}}{\text{N. Aziende USL della Regione}} \times 100$

Denominatore:

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>100</b>	2003	Ministero Salute
ITALIA	<b>86</b>	2003	

#### A2. Percentuale di aziende USL dotate di Centro Unificato di Prenotazione (CUP)

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di aziende USL dotate di CUP ed il numero totale delle aziende USL

Numeratore:  $\frac{\text{N. aziende USL dotate di CUP}}{\text{N. totale aziende USL}} \times 100$

Denominatore:

Per CUP si intende il Centro Unificato di Prenotazione che deve essere unico a livello aziendale, in grado di gestire con modalità informatizzate le prenotazioni dei servizi diagnostici e delle visite specialistiche.

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>95</b>	2003	Regione Veneto
ITALIA	<b>72</b>	2003	Ministero Salute

### **A3. Percentuale aziende dotate di centrale operativa 118**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di aziende USL dotate di centrale operativa 118 ed il numero complessivo di aziende USL

Numeratore: N. aziende USL dotate di centrale 118  
Denominatore: N. aziende USL

$$\frac{\text{N. aziende USL dotate di centrale 118}}{\text{N. aziende USL}} \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>100</b>	2003	Regione Veneto
ITALIA	<b>99</b>	2003	Ministero Salute

### **A4. Copertura delle centrali operative 118**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra la popolazione servita dalle centrali operative del servizio 118 e la popolazione residente

Numeratore: Popolazione delle aziende con servizio 118  
Denominatore: Popolazione residente

$$\frac{\text{Popolazione delle aziende con servizio 118}}{\text{Popolazione residente}} \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE NUMERATORE	FONTE DENOMINATORE
VENETO	<b>100</b>	2003	Regione	Regione
ITALIA	<b>99</b>	2003	Ministero Salute	Ministero Salute

## **A5. Disponibilità dei medici di medicina generale**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di medici di medicina generale e la popolazione residente di età uguale o superiore ai 14 anni

Numeratore: N. medici di medicina generale  
\_\_\_\_\_ X 1.000

Denominatore: Popolazione residente  $\geq$  14 anni

	VALORE ‰	ANNO	FONTE NUMERATORE	FONTE DENOMINATORE
ULSS 6	<b>0.96</b>	2002	Regione Veneto: direzione programmazione socio- sanitaria	ULSS
VENETO	<b>0.95</b>	2002		ISTAT
ITALIA	<b>0.94</b>	2002	Ministero Salute	ISTAT

## **A6. Disponibilità dei pediatri di libera scelta**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero dei pediatri di libera scelta e la popolazione residente di età inferiore ai 7 anni

Numeratore: N. pediatri di libera scelta  
\_\_\_\_\_ X 1.000

Denominatore: Pop. residente < 7 anni

	VALORE ‰	ANNO	FONTE NUMERATORE	FONTE DENOMINATORE
ULSS 6	<b>0.92</b>	2002	Regione Veneto: direzione programmazione socio- sanitaria	ULSS
VENETO	<b>0.91</b>			ISTAT
ITALIA	<b>0.92</b>		Ministero Salute	ISTAT

**Note:** Nel 2002 nell'ULSS 6 di Vicenza praticavano 232 medici di medicina generale e 37 pediatri di libera scelta

## **A7. Posti letto per 1.000 abitanti**

### *Definizione:*

Rapporto tra il numero dei posti letto (P.L.) e la popolazione residente (distintamente per il regime di degenza ordinaria ed a pagamento e per il regime di day hospital)

Numeratore	N. P.L. di degenza ordinaria e a pagamento nelle discipline per acuti	_____ X 1.000
Denominatore	Popolazione residente	
Numeratore	N. P.L. di day hospital nelle discipline per acuti	_____ X 1.000
Denominatore	Popolazione residente	
Numeratore	N. P.L. di degenza ordinaria e a pagamento nelle discipline di riabilitazione	_____ X 1.000
Denominatore	Popolazione residente	
Numeratore	N. P.L. di day hospital nelle discipline di riabilitazione	_____ X 1.000
Denominatore	Popolazione residente	

ULSS 6	V.A.	VALORE ‰	ANNO	FONTE
degenza ordinaria nelle discipline per acuti	<b>956</b>	<b>3.18</b>	2003	ULSS 6: controllo di gestione
day hospital nelle discipline per acuti	<b>104</b>	<b>0.35</b>		
degenza ordinaria e nelle discipline di riabilitazione	<b>36</b>	<b>0.13</b>		
day hospital nelle discipline di riabilitazione	<b>15</b>	<b>0.05</b>		

VENETO	VALORE ‰	ANNO	FONTE NUMERATORE	FONTE DENOMINATORE
degenza ordinaria nelle discipline per acuti	<b>3.88</b>	2001	Ministero della Salute	ISTAT
day hospital nelle discipline per acuti	<b>0.44</b>			
degenza ordinaria e nelle discipline di riabilitazione	<b>0.54</b>			
day hospital nelle discipline di riabilitazione	<b>0.03</b>			

ITALIA	VALORE ‰	ANNO	FONTE NUMERATORE	FONTE DENOMINATORE
degenza ordinaria nelle discipline per acuti	<b>4.13</b>	2001	Ministero della Salute	ISTAT
day hospital nelle discipline per acuti	<b>0.38</b>			
degenza ordinaria e nelle discipline di riabilitazione	<b>0.51</b>			
day hospital nelle discipline di riabilitazione	<b>0.03</b>			

La popolazione considerata è quella media dell'anno.

Sono considerati i posti letto nelle strutture pubbliche e private accreditate.

**Note:** Nell'ULSS 6 non sono presenti posti letto a pagamento

**Parametro di riferimento:**

Posti letto per acuti in degenza ordinaria: 4,05 per 1.000 abitanti

Posti letto per acuti in Day Hospital: 0,45 per 1.000 abitanti

Posti letto per riabilitazione lungodegenza: 1 per 1.000 abitanti

## Indicatori di valutazione sanitaria

### **A8. Utenti SERT trattati nell'anno ogni 1.000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero degli utenti SERT trattati in un anno (ogni 1.000 abitanti) e la popolazione di età compresa o uguale tra i 14 e i 44 anni

$$\text{Numeratore:} \quad \frac{\text{Numero utenti SERT}}{\text{Pop. residente di età compresa tra i 14 e i 44 anni}} \times 1.000$$

La popolazione considerata è quella media dell'anno.

	VALORE ‰	ANNO	FONTE NUMERATORE
ULSS 6	<b>6.8</b>	2003	Servizio per le tossicodipendenze
ULSS 6	<b>6.1</b>	2000	Relazione del parlamento sullo stato delle tossicodipendenze
VENETO	<b>6.8</b>	2000	
ITALIA	<b>5.9</b>	2000	

**Note:** Nell' ULSS 6 nell'anno 2003 i soggetti presi in carico dal servizio sono stati 693 (di cui 117 femmine). Inoltre altri 218 soggetti (9 femmine) sono stati appoggiati dal SERT. Il totale di giornate in comunità terapeutiche svolte nel 2003 è stato di 28.651 (\*).

(\*) esclusa Noventa Vicentina



## A9. Percentuale di vaccinati

### Definizione:

Proporzione di vaccinati, nell'anno, rispetto alla popolazione di età inferiore ed uguale a 24 mesi

Numeratore:  $\frac{\text{N. vaccinati di età } \leq 24 \text{ mesi}}{\text{Popolazione residente di età } \leq 24 \text{ mesi}} \times 100$

I dati riguardanti questo indicatore sono stati separati a seconda delle vaccinazioni

<b>ITALIA</b>	VALORE %	ANNO	FONTE
HIB	<b>87</b>	2003	Ministero Salute, indagine ICONA 2003
morbillo, rosolia, parotite	<b>77</b>		
Altre	<b>95 -96</b>		

<b>VENETO</b>	VALORE %	ANNO	FONTE
Antipolio	<b>97.6</b>	2003	Ministero Salute, indagine ICONA 2003
Difterite, tetano	<b>96.2</b>		
Morbillo, parotite	<b>81.9</b>		
Pertosse	<b>96.2</b>		
epatite B	<b>97.6</b>		

<b>Ulss6</b>	VALORE %	V.A.	ANNO	FONTE
epatite B	<b>97.2</b>	<b>2961</b>	2003	ULSS 6 servizio igiene e sanità pubblica
Difterite, tetano	<b>96.8</b>	<b>2948</b>		
antipolio	<b>97.7</b>	<b>2974</b>		
HIB	<b>95.0</b>	<b>2893</b>		
Morbillo, parotite	<b>89.0</b>	<b>2709</b>		
Totale	<b>97.2</b>	<b>2961</b>		

**Note:** i dati nazionali e regionali provengono da indagini campionarie

## **A10. Numero medio di ricette farmaceutiche prescritte dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di ricette farmaceutiche prescritte dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta e il totale dei medici di base

Numeratore: N. ricette farmaceutiche

Denominatore: N. medici di base

Sono considerate le ricette farmaceutiche di specialità medicinali e galenici.

	VALORE	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>7611</b>	2003	ULSS
ULSS 6	<b>6161</b>	2000	Regione Veneto. Direzione programmazione socio-sanitaria: servizio farmaceutico
VENETO	<b>5918</b>	2000	

**Note:** Nell'anno 2003 nell'ULSS 6 sono state prescritte 1.895.152 ricette

## **A11. Numero di ricette farmaceutiche pro-capite**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di ricette farmaceutiche e la popolazione

Numeratore: N. ricette farmaceutiche

Denominatore: Popolazione residente

	VALORE	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>6.3</b>	2003	ULSS
ULSS 6	<b>6.2</b>	2000	Regione Veneto. Direzione programmazione socio-sanitaria: servizio farmaceutico
VENETO	<b>6.3</b>	2000	
ITALIA	<b>7.6</b>	2001	ISTAT

**Note:** Nell'anno 2000 nell'ULSS 6 sono state effettuate 1.561.699 ricette con una spesa pro-capite di £ 247.950.

## **A12. Percentuale di donne sottoposte a screening per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile**

- **Pap-test**
- **Mammografia**

### *Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di donne, di età compresa tra 25 e 64 anni, che nell'anno hanno effettuato il pap test e la popolazione femminile di età compresa tra 25 e 64 anni

Numeratore  $\frac{\text{N. donne (di età compresa tra i 25 ed i 64 anni) che hanno effettuato pap-test}}{\text{Pop. Femminile di età compresa tra i 25 ed i 64 anni}} \times 100$

Denominatore

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>7.2</b>	2003	ULSS6: dipartimento di prevenzione
VENETO	<b>8.7</b>	2001	Regione: direzione programmazione socio-sanitaria

Rapporto percentuale tra il numero di donne, di età compresa tra 50 e 69 anni, che nell'anno hanno effettuato la mammografia e la popolazione femminile di età compresa tra 50 e 69 anni

Numeratore  $\frac{\text{N. donne (di età compresa tra i 50 anni ed i 69 anni) che hanno effettuato la mammografia}}{\text{Pop. Femminile di età compresa tra i 50 ed i 69 anni}} \times 100$

Denominatore

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>15.6</b>	2003	ULSS6: dipartimento di prevenzione
VENETO	<b>12.9</b>	2001	Regione: direzione programmazione socio-sanitaria

Nella pagina successiva si riportano anche i tassi di adesione grezza (ovvero la percentuale di donne invitate che ha effettuato il controllo) in diversi anni nell'ULSS e nella Regione.

Si deve tener conto che la mammografia viene effettuata ogni 2 anni ed il pap-test ogni 3. Questo significa che il totale della popolazione di riferimento viene invitata una volta ogni 2 anni ad effettuare la mammografia, una ogni 3 ad effettuare il pap-test.

<b>Pap-test, tassi di adesione grezza</b>	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>33.4</b>	2003	ULSS6: dipartimento di prevenzione
	<b>29.1</b>	2001	Regione: direzione programmazione socio-sanitaria
	<b>34.1</b>	2000	
VENETO	<b>41.8</b>	2002	
	<b>38.0</b>	2001	
	<b>43.0</b>	2000	

<b>Mammografia, tassi di adesione grezza</b>	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>47.7</b>	2003	ULSS6: dipartimento di prevenzione
	<b>52.1</b>	2001	Regione: direzione programmazione socio-sanitaria
	<b>61.0</b>	2000	
VENETO	<b>74.3</b>	2002	
	<b>60.2</b>	2001	
	<b>59.4</b>	2000	

#### **VALORI ASSOLUTI:**

<b>Pap-test, anno 2003</b>	N. donne di età 25-64	N. totale inviti	Pap-test eseguiti	Adesione spontanea	N. positivi (%)
<b>ULSS 6</b>	<b>86379</b>	<b>18646</b>	<b>6232</b>	<b>535</b>	<b>288 (5%)</b>

<b>Mammografia, anno 2003</b>	N. donne di età 50-69	N. totale inviti	mammografie eseguite	Adesione spontanea	N. positivi (%)
<b>ULSS 6</b>	<b>36151</b>	<b>11856</b>	<b>5654</b>	<b>475</b>	<b>141 (2%)</b>

### **A13. Percentuale di fumatori di età uguale o superiore ai 14 anni**

*Definizione:*

Percentuale di persone che fumano 20 o più sigarette al giorno tra la popolazione di età uguale o superiore ai 14 anni.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione } \geq 14 \text{ anni che fuma} \\ \text{Più di 20 sigarette al giorno}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione } \geq 14 \text{ anni}} \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>1.36</b>	2001	ISTAT: stili di vita, condizioni di salute
ITALIA	<b>2.42</b>		

### **A14. Percentuale di popolazione obesa**

*Definizione:*

Percentuale di persone con indice di massa corporea (IMC) superiore a 30.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. persone con IMC } > 30}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. residente}} \times 100$$

IMC: rapporto tra il peso dell'individuo espresso in Kg. ed il quadrato della statura

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>8.0</b>	1999	ISTAT
ITALIA	<b>9.2</b>		

**Note:** i dati riguardanti questi due indicatori provengono da indagini campionari

### **A15. Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare Integrata (ADI)**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata (ADI) e la popolazione residente di 65 anni ed oltre

$$\text{Numeratore} \quad \text{N. anziani trattati in ADI} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Popolazione residente } \geq 65 \text{ anni}}{\text{X100}}$$

La popolazione considerata è quella media dell'anno.

	V.A.	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>5397</b>	<b>11.4</b>	2001	Regione Veneto, direzione programmazione socio-sanitaria
VENETO	<b>62286</b>	<b>7.6</b>		

**Note:** Il valore registrato nell'ULSS 6 nel 2001 è il più alto tra le ULSS della Regione per quanto riguarda l'assistenza domiciliare programmata

### **A16. Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani, ogni 1.000 abitanti di età superiore ai 65 anni**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di giornate svolte in un anno per l'assistenza agli anziani (nelle strutture semiresidenziali e residenziali) ogni 1.000 abitanti di età superiore ai 65 anni

$$\text{Numeratore} \quad \text{N. giornate svolte per l'assistenza agli anziani} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Pop. residente } > 65 \text{ anni}}$$

ULSS 6	VALORE	ANNO	FONTE
Strutture semiresidenziali	<b>0.4</b>	2003	Regione Veneto, direzione programmazione socio-sanitaria
Strutture residenziali	<b>13.2</b>		

**Note:** nell'anno 2003 nell'ULSS 6 sono state svolte in totale 64.218 giornate in strutture residenziali (case di riposo) e 19.117 giornate in strutture semiresidenziali (centro diurno)

## **A17. Tasso di utilizzo**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero delle giornate di degenza effettivamente erogate nelle discipline per acuti ed il numero delle giornate di degenza teoriche

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. giornate degenza effettive}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. giornate degenza teoriche}} \quad \times 100$$

Le giornate teoriche sono calcolate considerando il numero medio di P.L. disponibili moltiplicato per 365 giorni.  
Il numero delle giornate si riferisce alle strutture pubbliche e private accreditate.

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>84.39</b>	2000	Ministero della salute
ITALIA	<b>76.62</b>	2000	

**Parametro di riferimento:** 70 – 75%

## Indicatori di ospedalizzazione

### **A18. Ricoveri (ogni 1.000 abitanti) per:**

- **Asma ( cod. 493.xx)**
- **Diabete (cod. 250.xx)**
- **Scompenso cardiaco (cod. 428.x)**

#### *Definizione:*

Rapporto tra il numero di dimissioni per le patologie sopra elencate effettuate dai residenti e la popolazione residente (espresso per 100.000 abitanti)

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. dimissioni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. residente}} \times 100.000$$

Sono considerate le dimissioni in degenza ordinaria effettuate dalle strutture pubbliche e private accreditate.

La popolazione considerata è quella media dell'anno.

ULSS 6	V.A.	VALORE	ANNO	FONTE
Asma	<b>119</b>	<b>40.7</b>	2002	ULSS 6: schede di dimissione ospedaliera
Diabete	<b>470</b>	<b>160.7</b>		
Scompenso cardiaco	<b>1160</b>	<b>396.6</b>		



## **A19. Tasso standardizzato di ospedalizzazione per degenza ordinaria e per day hospital**

### *Definizione:*

Rapporto tra le dimissioni attese dei residenti (separatamente per il regime di degenza ordinaria e di day hospital) e la popolazione standard

Numeratore      N. dimissioni attese in degenza ordinaria  
 Denominatore     $\frac{\text{Popolazione standard}}{\text{Popolazione standard}}$       X 1.000

Numeratore      N. dimissioni attese in day hospital  
 Denominatore     $\frac{\text{Popolazione standard}}{\text{Popolazione standard}}$       X 1.000

Sono considerate le dimissioni in day hospital per le discipline di acuti e di riabilitazione effettuate dai residenti nelle strutture pubbliche e private accreditate.

<b>Degenza ordinaria</b>	VALORE ‰	ANNO	FONTE NUMERATORE
ULSS 6	<b>157.1</b>	2002	Schede di dimissione ospedaliera
VENETO	<b>139.7</b>	2000	Regione
ITALIA	<b>172.4</b>	1998	Ministero Salute

<b>Day Hospital</b>	VALORE ‰	ANNO	FONTE NUMERATORE
ULSS 6	<b>60.8</b>	2002	Schede di dimissione ospedaliera
VENETO	<b>56.5</b>	2000	Regione
ITALIA	<b>42.1</b>	1998	Ministero Salute

Le dimissioni attese sono calcolate sommando, per tutte le classi di età, i tassi specifici di ospedalizzazione per età moltiplicati per il numero di persone appartenenti ad ogni fascia di età della popolazione presa come riferimento (popolazione standard).

## **A20. Percentuale di ricoveri tipo TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di ricoveri tipo TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e il numero totale dei ricoveri per acuti

Numeratore      N. ricoveri tipo TSO  
Denominatore    \_\_\_\_\_ X 100  
N. totale ricoveri acuti

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>1.5</b>	2000	Regione Veneto, direzione programmazione socio-sanitaria
VENETO	<b>3.6</b>		

## **A21. Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero dei dimessi da reparti chirurgici con DRG medici e il numero totale delle dimissioni effettuate da reparti chirurgici

Numeratore      N. dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici  
Denominatore    \_\_\_\_\_ X 100  
N. totale dimissioni da reparti chirurgici

Il numero delle dimissioni si riferisce alle strutture pubbliche e private accreditate.

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>32.8</b>	2002	Schede di dimissione ospedaliera
VENETO	<b>35.4</b>	1999	Ministero della salute
ITALIA	<b>41.2</b>	1999	Ministero della salute

**Note:** Nell'ULSS 6 nell'anno 2002 ci sono state 4721 dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici

## **A22. Indice di attrazione**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero dei dimessi non residenti e il numero totale dei dimessi nel territorio

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. dimissioni di non residenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. totale dimissioni nel territorio}} \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>27.5</b>	2000	Regione Veneto: direzione e programmazione socio-sanitaria
VENETO	<b>8.0</b>	2000	

**Note:** Nell'anno 2001 nell'ULSS 6 su un totale di 46.717 ricoveri, 11.218 provenivano da altre ULSS e 2227 da altre regioni

## **A23. Indice di fuga**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero dei residenti dimessi fuori territorio e il numero totale dei residenti dimessi ovunque

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. dimissioni fuori territorio}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. totale residenti dimessi ovunque}} \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>21.1</b>	2000	Regione Veneto: direzione e programmazione socio-sanitaria
VENETO	<b>4.7</b>	2000	

**Note:** nel 2001 7883 residenti nell'ULSS 6 sono stati ricoverati in altre ULSS

## **A24. Degenza media standardizzata per case-mix**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero delle giornate effettivamente erogate in regime di degenza ordinaria (nelle discipline per acuti) ed il numero delle dimissioni

Numeratore       $\frac{\text{N. giornate degenza effettive}}{\text{N. dimissioni}}$

Denominatore    N. dimissioni

Tale indicatore viene calcolato mediante standardizzazione dei dati per case-mix

Il numero delle giornate e dei ricoveri si riferisce alle strutture pubbliche e private accreditate.

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>8.74</b>	2000	Ministero della salute
ITALIA	<b>8.03</b>	2000	

## **A25. Percentuale di ricoveri brevi**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di dimissioni con durata di degenza compresa tra i 2 e i 3 giorni ed il numero totale delle dimissioni

Numeratore       $\frac{\text{N. dimissioni con durata della degenza tra 2 e 3 gg.}}{\text{N. totale dimissioni}} \times 100$

Denominatore    N. totale dimissioni

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>23.1</b>	2002	Schede di dimissione ospedaliera
VENETO	<b>24.1</b>	1999	ISTAT
ITALIA	<b>29.4</b>	1999	

**Note:** nell'ULSS 6 nel 2002 i ricoveri di durata tra i 2 e 3 giorni sono stati 14589.

## **A26. Percentuale di ricoveri lunghi**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero delle dimissioni con durata di degenza superiore ai 60 giorni ed il numero totale delle dimissioni

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore      N. dimissioni con durata della degenza oltre 60 gg.  
Denominatore      N. totale dimissioni

Si considerano i ricoveri in degenza ordinaria e nelle discipline per acuti.  
Il numero dei ricoveri si riferisce alle strutture pubbliche e private accreditate.

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>0.43</b>	1999	ISTAT
ITALIA	<b>0.30</b>	1999	

**Note:** nel 2002 il valore riguardante l'ULSS 6, comprensivo dei ricoveri in lungodegenza è di 3.28% (V.A. 2705 ricoveri con durata della degenza oltre i 60 giorni)

## **A27. Peso medio del ricovero degli anziani**

*Definizione:*

Rapporto tra la somma dei pesi DRG per i ricoveri della popolazione di età uguale o superiore ai 65 anni ed il numero totale dei ricoveri della popolazione di età uguale o superiore ai 65 anni

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}}$$

Numeratore      Somma dei pesi DRG dei ricoveri  $\geq 65$  anni

Denominatore      N. totale ricoveri popolazione  $\geq 65$  anni

Il numero dei ricoveri si riferisce alle strutture pubbliche e private accreditate.

	VALORE		ANNO	FONTE
	Regime ordinario	Day hospital		
VENETO	<b>1.45</b>	<b>0.84</b>	2001	Ministero della Salute
ITALIA	<b>1.32</b>	<b>1.37</b>		

## **A28. Rapporto di abortività**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ed il numero dei nati vivi

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. di IVG}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. dei nati vivi}} \quad \times 1000$$

	VALORE ‰	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>77</b>	2002	ULSS
ULSS 6	<b>105</b>	2000	
VENETO	<b>147</b>	2000	ISTAT sanità e assistenza
ITALIA	<b>250</b>		

Si riporta anche il tasso di abortività ovvero numero di donne che hanno abortito ogni 1000 donne in età fertile (15-49 anni)

	VALORE ‰	ANNO	FONTE
ULSS 6(*)	<b>3.4</b>	2002	ULSS
VENETO	<b>6.0</b>	2001	ISTAT sanità e assistenza
ITALIA	<b>9.6</b>		

(\*) sono escluse le donne residenti nell'ULSS 6 che hanno abortito fuori ULSS

## **A29. Percentuale di parti cesarei**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero dei parti cesarei ed il numero complessivo di parti effettuati

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. parti cesarei}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. totale parti}} \times 100$$

Il numero dei parti si riferisce alle strutture pubbliche e private accreditate.  
Per i parti cesarei si considerano i DRG 370, 371  
Per l'insieme dei parti si considerano i DRG 370, 371, 372, 373, 374 e 375

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>25.97</b>	2002	Schede di dimissione ospedaliera
VENETO	<b>26</b>	2003	Università Cattolica
ITALIA	<b>34</b>		

**Note:** I parti cesarei nell'ULSS 6 nel 2002 sono stati 744.

**Parametro di riferimento:** 15 – 20%

## **A30. Tasso di incidenza malattie infettive (Codici ICD 9 001-139)**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di nuovi casi di malattie infettive registrati nell'anno e la popolazione residente

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. nuovi casi malattie infettive}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. residente}} \times 100.000$$

	V.A.	VALORE	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>1961</b>	<b>674.6</b>	2001	Regione Veneto: servizio epidemiologico Sanità pubblica
VENETO	<b>23759</b>	<b>523.2</b>		

**A31. Tasso di incidenza di:**

- **Epatite B**
- **TBC polmonare**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di nuovi casi di epatite B e TBC polmonare registrati nell'anno e la popolazione residente

Numeratore	N. nuovi casi epatite B	
		X 100.000
Numeratore	Pop. residente	
Numeratore	N. nuovi casi di TBC polmonare	
		X 100.000
Denominatore	Pop. Residente	

ULSS 6	V.A.	VALORE	ANNO	FONTE
Epatite B	<b>11</b>	<b>3.66</b>	2003	ULSS 6 Dipartimento di prevenzione
TBC polmonare	<b>23</b>	<b>7.65</b>		

VENETO	V.A.	VALORE	ANNO	FONTE
Epatite B	<b>106</b>	<b>2.36</b>	2001	Regione Veneto: direzione prevenzione
TBC polmonare	<b>345</b>	<b>7.69</b>		

**A32. Tasso di ospedalizzazione per incidenti stradali***Definizione:*

Numero di casi ospedalizzati nell'anno a seguito di incidenti stradali con traumatismo nella diagnosi principale (Cod. ICD 9 CM 800-999), rapportati alla popolazione residente, per 100.000 abitanti.

Numeratore	N. dimessi con diagnosi di traumatismo	
		X 100.000
Denominatore	Pop. Residente	

	VALORE	ANNO	FONTE
VENETO	<b>658.8</b>	2001	ISTAT: statistiche degli incidenti stradali
ITALIA	<b>598.9</b>		



### **A33. Tasso di ospedalizzazione per infortuni sul lavoro**

*Definizione:*

Numero di casi ospedalizzati nell'anno a seguito di infortunio sul lavoro con traumatismo nella diagnosi principale (Cod. ICD 9 CM 800-999), rapportati alla popolazione residente e attiva (età compresa tra 15 e 64 anni), per 100.000 abitanti.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero dimessi con diagnosi di traumatismo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

	VALORE	ANNO	Fonte
VENETO	<b>1787</b>	2000	ISPELS: Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro
ITALIA	<b>1180</b>		

### **A34. Prestazioni di assistenza specialistica sulla popolazione residente**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di prestazioni specialistiche e la popolazione residente

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. prestazioni specialistiche di diagnostica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. residente}} \times 1.000$$
  

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. prestazioni specialistiche di laboratorio}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. residente}} \times 1.000$$

<b>ULSS 6</b>	V.A.	VALORE ‰	ANNO	Fonte
Diagnostica	128519	427	2003	ULSS 6: Controllo di gestione
laboratorio	2111964	7028		

## Indicatori di mortalità

### **A35. Tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero delle morti attese e la popolazione standard

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. morti attese}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. standard}} \times 1.000$$

	VALORE ‰		ANNO	FONTE
	M	F		
ULSS 6	<b>8.6</b>	<b>4.9</b>	2000	Tavole di mortalità
VENETO	<b>10.7</b>	<b>5.8</b>	2000	Regione Veneto
ITALIA	<b>10.7</b>	<b>6.3</b>	2000	ISS

### **A36. Tasso di mortalità evitabile o per cause selezionate:**

- **Tumori maligni del polmone**
- **Cirrosi epatica**
- **Morti violente**
- **Tumore della mammella**
- **Tumore del collo dell'utero**
- **Malattie cerebrovascolari**
- **Polmoniti e bronchiti**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di casi di mortalità per le cause indicate e la popolazione residente

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. deceduti di età compresa per le cause indicate}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. Residente}} \times 1.000$$

Tumori maligni del polmone: Cod. ICD 9 162

Cirrosi epatica: Cod. ICD 9 571

Morti violente: Codici ICD 10 X85-X99, Y00-Y09

Tumore della mammella: Cod. ICD 9 174

Tumore del collo dell'utero: Cod. ICD 9 180

Malattie cerebrovascolari: Cod. ICD 9 430-438

Polmoniti e bronchiti: Cod. ICD 9 480-487, 490-493

ULSS 6	V.A.	VALORE ‰	ANNO	FONTE
T.M. Polmone	<b>160</b>	<b>0.75</b>	2000	ULSS 6 dati mortalità
Cirrosi	<b>68</b>	<b>0.31</b>		
Morti violente	<b>165</b>	<b>0.77</b>		
T.M. mammella	<b>59</b>	<b>0.27</b>		
T.M. Collo dell'utero	<b>2</b>	<b>0.01</b>		
M. cerebrovascolari	<b>137</b>	<b>0.64</b>		
Polmoniti bronchiti	<b>63</b>	<b>0.29</b>		
<b>totale</b>	<b>654</b>	<b>3.06</b>		

VENETO	V.A.	VALORE ‰	ANNO	FONTE
T.M. Polmone	<b>2767</b>	<b>0.61</b>	1998	ISS
Cirrosi	<b>833</b>	<b>0.18</b>		
Morti violente	<b>2190</b>	<b>0.49</b>		
T.M. mammella	<b>938</b>	<b>0.21</b>		
T.M. Collo dell'utero	<b>169</b>	<b>0.04</b>		
M. cerebrovascolari	<b>4158</b>	<b>0.93</b>		
Polmoniti bronchiti	<b>2754</b>	<b>0.48</b>		
<b>totale</b>	<b>13809</b>	<b>2.94</b>		

ITALIA	V.A.	VALORE ‰	ANNO	FONTE
T.M. Polmone	<b>31195</b>	<b>0.54</b>	1998	ISS
Cirrosi	<b>11855</b>	<b>0.21</b>		
Morti violente	<b>26883</b>	<b>0.47</b>		
T.M. mammella	<b>10968</b>	<b>0.19</b>		
T.M. Collo dell'utero	<b>2761</b>	<b>0.05</b>		
M. cerebrovascolari	<b>70429</b>	<b>1.22</b>		
Polmoniti bronchiti	<b>27101</b>	<b>0.47</b>		
<b>totale</b>	<b>654</b>	<b>3.06</b>		

### **A37. Quoziente di mortalità infantile**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero dei morti nel primo anno di vita ed il numero totale dei nati vivi dell'anno considerato

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N. morti nel 1}^\circ \text{ anno di vita}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. nati vivi}} \times 1.000$$

	VALORE ‰		ANNO	FONTE
	M	F		
ULSS 6	<b>5.8</b>	<b>1.5</b>	2000	ULSS 6 dati mortalità
VENETO	<b>4.2</b>	<b>3.5</b>	1999	ISTAT
ITALIA	<b>5.4</b>	<b>4.5</b>		

**Note:** nell'ULSS 6 nel 2000 i morti nel primo anno di vita sono stati 9: 2 femmine e 7 maschi.

Il quoziente di mortalità nell'ULSS 6 calcolato negli anni 1995-2000 è pari a 4.5‰.

### **A38. Tasso standardizzato di mortalità per tumori (Cod. ICD 9 = 140-239)**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di morti attese per tumori e la popolazione standard

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N. morti attese per tumori}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. standard}} \times 1.000$$

	VALORE ‰		ANNO	FONTE
	M	F		
ULSS 6	<b>27.83</b>	<b>14.60</b>	2000	ULSS Dati mortalità
VENETO	<b>37.41</b>	<b>16.87</b>		I.S.S.

### **A39. Tasso di mortalità materna**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero dei casi di mortalità materna ed il numero dei nati vivi

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N. casi di mortalità materna}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. nati vivi}} \times 100.000$$

Si considerano le donne decedute durante la gravidanza o entro i 42 gg. dal termine della gravidanza; la morte deve essere dovuta a causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento.

	VALORE	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>6.7</b>	1996-2000	ULSS 6 dati mortalità
VENETO	<b>0.7</b>	1997-1999	
ITALIA	<b>3.6</b>	1999	ISTAT: cause di morte

**Note:** nell'ULSS 6, tra il 1990 e il 2000 si è verificato un unico caso di morte materna nel 1998. Unico caso anche della regione Veneto.

### **A40. Tasso standardizzato di mortalità per cause cardio e cerebrovascolari (Cod. ICD 9 =390-459)**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero delle morti attese per cause cardio e cerebrovascolari e la popolazione standard

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N. morti attese}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. standard}} \times 1.000$$

	VALORE ‰		ANNO	FONTE
	M	F		
ULSS 6	<b>3.22</b>	<b>1.84</b>	2000	Tavole di mortalità
VENETO	<b>3.96</b>	<b>2.48</b>	2000	Regione Veneto
ITALIA	<b>4.24</b>	<b>2.82</b>	2000	ISS

#### **A41. Speranza di vita (vita media)**

- **alla nascita**
- **a 65 anni**

*Definizione:*

La speranza di vita alla nascita indica il numero medio di anni che un neonato si può aspettare di vivere.

	VALORE		ANNO	FONTE
	M	F		
ULSS 6	<b>76.02</b>	<b>83.07</b>	2000	Dati mortalità
VENETO	<b>76.0</b>	<b>82.9</b>	1999	ISTAT
ITALIA	<b>76.0</b>	<b>82.1</b>		

La speranza di vita a 65 anni indica il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti di 65 anni.

	VALORE		ANNO	FONTE
	M	F		
ULSS 6	<b>15.77</b>	<b>20.72</b>	2000	Dati mortalità
VENETO	<b>16.01</b>	<b>20.18</b>	1999	ISTAT
ITALIA	<b>16.02</b>	<b>20.21</b>		

## **A42. Speranza di vita (vita media) libera da disabilità**

- **alla nascita**
- **a 65 anni**

### *Definizione:*

La speranza di vita libera da disabilità alla nascita indica il numero medio di anni che un neonato si può aspettare di vivere in assenza di disabilità.

	VALORE ‰		ANNO	FONTE
	M	F		
VENETO	<b>74.5</b>	<b>79.0</b>	2000	ISTAT
ITALIA	<b>73.8</b>	<b>77.3</b>		

La speranza di vita libera a 65 anni indica il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti di 65 anni in assenza di disabilità.

	VALORE ‰		ANNO	FONTE
	M	F		
VENETO	<b>14.0</b>	<b>16.5</b>	2000	ISTAT
ITALIA	<b>13.7</b>	<b>15.2</b>		

### **A43. Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al fumo**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero delle morti attese per cause correlate con il fumo e la popolazione standard

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. morti attese per le cause indicate}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione standard}} \quad \times 1.000$$

	VALORE ‰			ANNO	FONTE
	M	F	TOT		
ULSS 6	<b>1.31</b>	<b>0.53</b>	<b>0.90</b>	2000	Dati mortalità
VENETO	<b>1.29</b>	<b>0.49</b>	<b>0.87</b>	1998	ISS
ITALIA	<b>1.33</b>	<b>0.59</b>	<b>0.96</b>		

Le cause correlate al fumo sono identificate dai codici ICD 9 140 – 149, 150, 161, 162, 410 – 414, 430 – 438, 490 – 496.

Le morti attese sono calcolate sommando, per tutte le classi di età, i quozienti specifici di mortalità per età per le cause, moltiplicati per il numero di persone appartenenti ad ogni fascia di età di una popolazione presa come riferimento (popolazione standard).

**Note:**

Nei valori riguardanti il Veneto e l'Italia sono escluse le polmoniti allergiche ed alcune forme di tumori della bocca.

L'indicatore è stato proposto dall'O.M.S. nell'ambito del Dbase HFA.

E' da tener presente che ciascuna causa indicata agisce come frazione eziologia.

**Legenda:**

<b>cod. ICD 9</b>	Causa del decesso
140 – 149	Tumori maligni della bocca
150	Tumori maligni dell'esofago
161	Tumori maligni alla laringe
162	Tumori maligni alla trachea, bronchi e polmoni
410 – 414	Infarto del miocardio acuto e pregresso, malattie ischemiche e angina pectoris
430 – 438	Emorragie subaracnoidee ed emicraniche
490 – 496	Bronchite, asma e polmoniti allergiche



#### **A44. Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al consumo di alcol**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero delle morti attese per cause correlate con il consumo di alcol e la popolazione standard

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. morti attese per le cause indicate}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione standard}} \quad \times 1.000$$

	VALORE ‰			ANNO	FONTE
	M	F	TOT		
ULSS 6	<b>0.25</b>	<b>0.10</b>	<b>0.18</b>	1999	Dati mortalità
VENETO	<b>0.24</b>	<b>0.07</b>	<b>0.16</b>	1998	ISS
ITALIA	<b>0.22</b>	<b>0.07</b>	<b>0.16</b>		

Le cause correlate al consumo di alcol sono identificate dai codici ICD 9 150, 161, 303, 571.

Le morti attese sono calcolate sommando, per tutte le classi di età, i quozienti specifici di mortalità per età per le cause, moltiplicati per il numero di persone appartenenti ad ogni fascia di età di una popolazione presa come riferimento (popolazione standard).

**Note:**

Sono esclusi i morti per incidenti causati dall'alcool.

I valori riguardanti il Veneto e l'Italia non considerano i morti per sindrome da dipendenza da alcool.

E' da tener presente che ciascuna causa indicata agisce come frazione eziologia

**Legenda:**

cod. ICD 9	Causa del decesso
150	Infarto del miocardio acuto
161	Tumori maligni alla laringe
303	Sindrome da dipendenza da alcool
571	Cirrosi epatica

#### **A45. Rapporto di mortalità intraospedaliera per infarto del miocardio acuto (IMA)**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di deceduti nel corso del ricovero con diagnosi di dimissione IMA e il numero totale di dimissioni per IMA

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. morti per IMA}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. dimissioni per IMA}} \quad \times 100$$

Per le dimissioni per IMA si considera la presenza del cod. ICD 9 410 in qualsiasi diagnosi (principale o secondaria)

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	21.1	2002	Schede di dimissione ospedaliera

**Note:** nell'ULSS 6 nel 2002 i ricoveri per IMA sono stati 213 con 45 decessi.

L'indicatore è una misura del grado di efficacia e di tempestività di assistenza verso i ricoverati per IMA. E' da tener presente che tale indicatore è fortemente influenzato dall'assistenza extraospedaliera (tempestività del sistema di emergenza).

#### **A46. Tasso di mortalità per incidenti**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di morti attese per incidenti e la popolazione

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. morti attese per incidenti}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. Residente}} \quad \times 1.000$$

	VALORE ‰		ANNO	FONTE
	M	F		
ULSS 6	73.4	33.7	2000	ULSS dati mortalità
VENETO	64.8	33.8	1998	ISS
ITALIA	58.7	35.3		

**Note:** Sono stati considerati i cod. ICD 9 800-999

## Indicatori demografici e del territoriali

### **A47. Indice di invecchiamento demografico**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra la popolazione anziana (con età uguale o superiore ai 65 anni) e la popolazione residente

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Popolazione di età superiore a 64 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \quad \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>17.3</b>	2003	Anagrafi comunali
	<b>15.7</b>	2001	
VENETO	<b>17.6</b>	2001	ISTAT
ITALIA	<b>18.4</b>		

**Note:** nell'ULSS 6 nel 2003 il numero di residenti di età superiore ai 65 anni era pari a 52.023.

### **A48. Percentuale di famiglie monocomponente anziano**

*Definizione:*

Percentuale di famiglie composte da una sola persona di età uguale o maggiore di 65 anni

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{N.famiglie monocomponente con età } \geq 65 \text{ anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. totale famiglie}} \quad \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>11.6</b>	2001	ISTAT
ITALIA	<b>13.1</b>	2001	

#### **A49. Tasso di incremento demografico**

*Definizione:*

Incremento medio annuo della popolazione ogni 1.000 abitanti

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Pop t+1} - \text{Pop t}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop t}} \times 1.000$$

<b>Tasso naturale</b>	VALORE ‰	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>-0.93</b>	2003	Anagrafi comunali
VENETO	<b>0.30</b>	2000	ISTAT: popolazione istruzione e cultura
ITALIA	<b>-0.32</b>		

Considerando il saldo migratorio:

	VALORE ‰	ANNO	FONTE
ULSS 6	<b>13.05</b>	2003	Anagrafi comunali
ULSS 6	<b>9.6</b>	2000	ISTAT: popolazione istruzione e cultura
VENETO	<b>6.4</b>		
ITALIA	<b>1.4</b>		

#### **A50. Tasso di fecondità totale**

*Definizione:*

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

	VALORE	ANNO	FONTE
VENETO	<b>1.21</b>	2002	ISTAT: popolazione esocietà
ITALIA	<b>1.24</b>		

**Note:** Il valore di riferimento è il livello di sostituzione, pari a 2,1 figli per donna.

### **A51. Tasso di prevalenza di alcune malattie croniche:**

- **Diabete**
- **Asma bronchiale e malattie allergiche**
- **Artrosi ed artrite**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di persone che dichiarano di essere affette da diabete, asma, artrosi ed artrite e la popolazione residente

Numeratore	N. persone affette da diabete	
	_____	X 1.000
Denominatore	Pop. residente	
Numeratore	N. persone affette da asma bronchiale e malattie allergiche	
	_____	X 1.000
Denominatore	Pop. Residente	
Numeratore	N. persone affette da artrosi ed artrite	
	_____	X 1.000
Denominatore	Pop. residente	

DIABETE	VALORE ‰	ANNO	FONTE
VENETO	<b>3.6</b>	1999	SSN
ITALIA	<b>3.6</b>		

ASMA	VALORE ‰	ANNO	FONTE
VENETO	<b>3.0</b>	1999	SSN
ITALIA	<b>2.7</b>		

ARTROSI	VALORE ‰	ANNO	FONTE
VENETO	<b>18.3</b>	1999	SSN
ITALIA	<b>15.5</b>		

**Note:** L'indagine da cui si rilevano le informazioni per costruire tale indicatore è di tipo campionario.

## **A52. Percentuale di bambini sottopeso**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di neonati con peso inferiore ai 2.500 grammi e il numero dei nati nello stesso periodo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{N. neonati con peso} < 2.500 \text{ gr.}}{\text{Denominatore} \quad \text{N. totale nati}} \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
ULSS 6	8.7	2003	

**Note:** Indicatore proxy della qualità dell'assistenza sanitaria durante la gravidanza

## **A53. PIL pro-capite**

*Definizione:*

Rapporto tra PIL (Prodotto Interno Lordo) e popolazione residente

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{PIL regionale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. Residente}}$$

	VALORE	ANNO	FONTE
VENETO	<b>£ 45.437.920</b>	2000	SSR
ITALIA	<b>£ 39.039.440</b>		

VENETO	VALORE	ANNO	FONTE
Per famiglia	<b>£ 116.429.096</b>	1998	SSR
Per abitante	<b>£ 43.044.680</b>		

#### **A54. Tasso di disoccupazione**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di persone in cerca di occupazione e il totale delle forze lavoro

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone in cerca di occupazione}}{\text{Denominatore} \quad \text{Forze lavoro}} \times 100$$

<b>totale</b>	VALORE %			ANNO	FONTE
	M	F	TOT		
VENETO	<b>2.2</b>	<b>5.2</b>	<b>3.4</b>	2002	ISTAT: servizio formazione e lavoro
ITALIA			<b>9.0</b>		

<b>Giovani 15-24 anni</b>	VALORE %			ANNO	FONTE
	M	F	TOT		
VENETO	<b>6.3</b>	<b>11.6</b>	<b>8.7</b>	2001	ISTAT: servizio formazione e lavoro
ITALIA	<b>25.0</b>	<b>32.2</b>	<b>28.2</b>		

<b>totale</b>	VALORE %			ANNO	FONTE
	M	F	TOT		
VENETO	<b>2.1</b>	<b>6.4</b>	<b>3.5</b>	2001	ISTAT: servizio formazione e lavoro
ITALIA	<b>7.3</b>	<b>13.0</b>	<b>9.5</b>		

## **A55. Tasso di attività femminile**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra il numero di forze lavoro di sesso femminile e la popolazione residente (calcolato tra residenti di età  $\geq 15$  anni)

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Forze lavoro di sesso femminile}}{\text{Denominatore} \quad \text{Pop. residente } (\geq 15 \text{ anni})} \quad \times 100$$

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>53.5</b>	2002	ISTAT: servizio formazione e lavoro
ITALIA	<b>36.8</b>		

	VALORE %	ANNO	FONTE
VENETO	<b>53.0</b>	2001	ISTAT: servizio formazione e lavoro
ITALIA	<b>47.3</b>		

## **A56. Densità della popolazione.**

*Definizione:*

Rapporto tra la popolazione residente e la superficie regionale.

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione residente regionale}}{\text{Denominatore} \quad \text{Superficie (Km}^2\text{)}}$$

	VALORE	ANNO
ULSS 6	<b>40663</b>	2001
VENETO	<b>24619</b>	
ITALIA	<b>18919</b>	



**A57. Prodotti fitosanitari distribuiti per uso agricolo (Kg per ettaro di superficie trattabile).**

*Definizione:*

Rapporto tra il numero di prodotti fitosanitari distribuiti e la superficie regionale trattabile

Numeratore      Totale prodotti fitosanitari distribuiti

Denominatore      Superficie trattabile

	VALORE	ANNO	FONTE
VENETO	<b>1.4</b>	2001	ISTAT
ITALIA	<b>0.7</b>		

**A58. Percentuale di costa non balneabile.**

*Definizione:*

Rapporto percentuale tra la superficie di costa non balneabile e la superficie complessiva di costa (lacustre e marina).

Numeratore      Costa non balneabile (marina e lacustre)

X 100

Denominatore      Totale costa (marina e lacustre)

	VALORE	ANNO	FONTE
VENETO	<b>35.1</b>	2001	ISTAT sanità e previdenza
ITALIA	<b>32.0</b>		

**A59. Volume acquistato di benzina senza piombo (tonnellate per Km<sup>2</sup> di superficie)**

*Definizione:*

Rapporto tra la quantità di benzina senza piombo acquistata e la superficie regionale

Numeratore      Volume benzina senza piombo (tonnellate)

Denominatore    Superficie (km<sup>2</sup>.)

	VALORE	ANNO	FONTE
VENETO	<b>70.7</b>	2002	Ministero delle attività produttive
ITALIA	<b>53.3</b>		

**Note:**Esprime in maniera diretta il potenziale inquinamento atmosferico da benzene

## **APPENDICE B: Prestazioni sanitarie definite dai LEA**

### **Prestazioni totalmente escluse dai LEA:**

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.).
- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea. Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nell'allegato 2B.

**Prestazioni parzialmente escluse dai LEA** in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:

- a) assistenza odontoiatrica: limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate al comma 5 art. 9 del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni.
- b) densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica.
- c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2A, punto f).
- d) chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali;

Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione: possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

Si riporta di seguito un elenco di DRG "ad alto rischio di inappropriata" se erogate in regime di degenza ordinaria, per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, dovrà essere indicato un valore percentuale/soglia di ammissibilità, fatto salvo, da parte delle Regioni, l'individuazione di ulteriori DRG e prestazioni assistenziali.

ELENCO DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

- 006 Decompressione tunnel carpale
- 019 Malattie dei nervi cranici e periferici
- 025 Convulsioni e cefalea
- 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
- 040 Interventi extraoculari eccetto orbita età >17
- 041 Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17
- 042 Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
- 055 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- 065 Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)
- 119 Legatura e stripping di vene
- 131 Malattie vascolari periferiche no CC (eccetto urgenze)
- 133 Aterosclerosi no CC (eccetto urgenze)
- 134 Ipertensione (eccetto urgenze)
- 142 Sincope e collasso (eccetto urgenze)
- 158 Interventi su ano e stoma
- 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 162 Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 no CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 163 Interventi per ernia età 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
- 184 Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 (eccetto urgenze)
- 187 Estrazione e riparazione dentaria
- 208 Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)
- 222 Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)
- 232 Artroscopia

- 243 Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
- 262 Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
- 267 Interventi perianali e pilonidali
- 270 Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
- 276 Patologie non maligne della mammella
- 281 Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 no CC (eccetto urgenze)
- 282 Traumi pelle, sottocute e mammella età 0 -17 (eccetto urgenze)
- 283 Malattie minori della pelle con CC
- 284 Malattie minori della pelle no CC
- 294 Diabete età >35 (eccetto urgenze)
- 301 Malattie endocrine no CC

## BIBLIOGRAFIA:

### TESTI CONSULTATI:

#### ISTAT:

- Annuario statistico 2001, 2002
  - Rapporto annuale 2001, 2002
  - Mortalità per cause anno 2000
  - I conti degli italiani anno 2000
  - Rapporto sull'Italia anno 2002
  - Atlante della sanità italiana, Prometeo (in collaborazione con l'università di Tor Vergata) anno 2001
  - Indicatori socio-sanitarie nelle regioni italiane anno 2000
  - Cause di morte anno 1999
  - I consumi delle famiglie anno 2001
  - Decessi – Caratteristiche demografiche e sociali anno 1999
- **Il sistema ospedaliero del Servizio Sanitario Nazionale (2003):** efficienza e appropriatezza a livello regionale
  - **Laboratorio di Scienze della cittadinanza, Regione Basilicata (2003):** I livelli essenziali di assistenza Linee guida
  - **Azienda ULSS 15 Alta Padovana (2002):** La mortalità evitabile nella provincia di Padova
  - **Bellini, Simonato, Maggiolo (1994):** La mortalità evitabile nel Veneto - Cause di decesso e ULSS di residenza – 1980/88
  - **Regione Veneto (2002):** Relazione Socio-Sanitaria della Regione Veneto

### SITI CONSULTATI:

- [www.istat.it](http://www.istat.it)
- [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)
- [www.palazzochigi.it](http://www.palazzochigi.it)
- [www.regione.veneto.it](http://www.regione.veneto.it)
- [www.who.org](http://www.who.org)
- [www.iss.it](http://www.iss.it)
- [www.vicenzaulss.com](http://www.vicenzaulss.com)
- [www.ulssvicenza.it](http://www.ulssvicenza.it)