

Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

ESTRATTO

in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore

*Salvatore Pisani, Gianfranco Bertani, Francesca Fancelli,
Maria Letizia Gambino, Anna Pavan, Luigi Macchi*

I consumi di prestazioni sanitarie nella Asl della Provincia di Varese

*Periodico bimestrale
Volume LIX - N. 1/2 - Gennaio / Aprile 2003
IgSanPubbl - Issn 0019-1639
www.igiene.org*

Igiene e Sanità Pubblica

Fascicolo realizzato con il contributo del CIFAPPS - Centro Interdipartimentale Formazione, Aggiornamento e Promozione delle Professioni Sanitarie dell'Università di Roma Tor Vergata

Direttore Responsabile
Augusto Panà

Direttore Editoriale
Armando Muzzi

Redazione
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva
Università di Roma Tor Vergata

Capiredatore
Giuseppe Cananzi, Elisabetta Franco

Coordinatore tecnico
Natalia Buzzi

Comitato Scientifico
Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,
Alessandro Maida, Marck McCarthy,
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,
Giancarlo Vanini

Segreteria di Redazione
Iolanda Mozzetta

Redazione Sito Internet
Giulia Zamponi

Traduzioni a cura di
Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo

Impaginazione e Grafica
Ornella Fassio

Norme editoriali in 3^a di copertina.

Hanno collaborato a questo numero
U.L. Aparo, G. Bertani,
A. Boccia, E. Bollero, D. Bonifazi,
A. Burgio, N. Buzzi, C. Catananti,
R. Crialesi, F. Fancelli,
M. Ferrante, E. Franco,
M.L. Gambino, M. Loghi,
L. Macchi, M. Maurici, I. Mozzetta,
A. Muzzi, A. Panà, A. Pavan,
S. Pisani, A. Pulimeno

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

Garanzia di riservatezza

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954
Proprietà artistica e letteraria riservata
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

I consumi di prestazioni sanitarie nella Asl della Provincia di Varese

Salvatore Pisani, Gianfranco Bertani, Francesca Fancelli,
Maria Letizia Gambino, Anna Pavan, Luigi Macchi

Dipartimento Programmazione, Sviluppo e Controllo, Asl della Provincia di Varese

Parole chiave *Epidemiologia geografica; Ricoveri; Prestazioni ambulatoriali.*

Riassunto Questo lavoro è estratto da un atlante provinciale che valuta la distribuzione territoriale di ricoveri e di prestazioni ambulatoriali. Sono qui commentate alcune cartine di distribuzione dei consumi nei residenti per Distretto confrontati coi consumi provinciali. Ne risulta una variabilità spesso non dovuta a motivi epidemiologici: vi sono prestazioni più utilizzate dove l'offerta è maggiore e probabilmente vi sono diverse attitudini diagnostiche e di organizzazione nel trattamento. È opportuno verificare se gli eccessi di consumi si traducano in reali vantaggi di salute.

Public Health Consumption at the Varese Health Trust

Keywords *Geographical epidemiology; Hospital admissions; Out-patient services.*

Summary This study is based on a provincial Atlas assessing territorial differences in hospital admissions and out-patient services. The authors have analysed consumer distribution per District as compared to overall provincial consumption. Results show some geographical inequities that are not always associated to epidemiological reasons. As a matter of fact, some services happen to be more crowded than others, which obviously entails the need for more adequate offers and different diagnostic behaviours as regards treatments. It would therefore be advisable if high consumption levels were assessed to be effectively useful in terms of health production.

Le recours aux services sanitaires dans l'Unité Sanitaire Provinciale de Varèse

Mots-clé *Épidémiologie géographique; Hospitalisations; Soins dans les dispensaires.*

Résumé Cette étude repose sur un atlas provincial qui apprécie la distribution territoriale à partir des hospitalisations et des services de dispensaire. Les auteurs ont analysé le taux de consommation sanitaire par District, le comparant à la consommation générale dans la Province. Il en résulte une variabilité géographique qui ne tient pas toujours à des raisons épidémiologiques. Il existe des services qui sont plus utilisés par rapport à d'autres, ce qui implique une offre plus importante et des démarches diagnostiques et organisationnelles différentes vis à vis du traitement. Ainsi, il importe de vérifier si ces niveaux de consommation sanitaire sont effectivement utiles en termes de production de santé.

Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen in der Asl (lokale Gesundheitseinrichtungen) der Provinz Varese.

Schlüsselwörter *Geografische Epidemiologie; Krankenhausaufnahmen; ambulante Behandlungen.*

Zusammenfassung Als Grundlage der Arbeit dient ein Atlas der Provinz in dem die territoriale Verteilung der Krankenhauseinlieferungen und der ambulanten Behandlungen ausgewertet sind. Es werden Verteilungskarten diskutiert, in denen die medizinische Inanspruchnahme durch die Einwohner in den einzelnen Bezirken mit derjenigen der Provinz insgesamt verglichen wird. Die festgestellte Variabilität hat oft keine epidemiologischen Ursachen: Medizinische Dienstleistungen werden anscheinend vorwiegend da in Anspruch genommen, wo ein größeres Angebot vorliegt; aber wahrscheinlich werden auch bestimmte Usancen in Diagnostik und Therapie bevorzugt. Es wäre noch zu überprüfen, ob die Häufung medizinischer Inanspruchnahmen auch tatsächliche Vorteile für die Gesundheit mit sich bringt.

Introduzione

Nell'ambito della programmazione e del governo dell'assistenza sanitaria di un'azienda sono indispensabili informazioni che permettono di valutare i bisogni di salute della popolazione. Uno degli indicatori indiretti di tali bisogni è costituito dalla quantità (volumi) di prestazioni richieste, dalla loro tipologia nonché dalla loro distribuzione territoriale, in modo da metterne in luce la variabilità e individuare aree geografiche che presentano eventuali carenze o eccessi: di reportistica di tale fattura esistono diversi esempi ⁽¹⁻³⁾.

All'interno del sistema sanitario lombardo, in particolare col Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-04, la Asl assume un ruolo determinante nell'ambito della programmazione, dell'acquisto e del controllo delle prestazioni sanitarie che sono fornite da erogatori pubblici e privati accreditati (strutture ospedaliere e ambulatoriali), a tal punto che, sulla base dell'esercizio di tali funzioni, può avviare contrattazioni separate con ciascuno degli erogatori in base ai volumi, ai tipi e alle modalità più congrue che emergano dall'analisi dell'offerta e soprattutto dalle necessità della domanda ⁽⁴⁻⁵⁾.

Al fine di assicurare lo svolgimento di tali funzioni, nella Asl della Provincia di Varese è stato istituito nel 2002 il Dipartimento Programmazione, Sviluppo e Controllo, che ha amalgamato professionalità derivanti da esperienze nell'ambito della sanità pubblica, dell'epidemiologia, dei sistemi di qualità e dei sistemi informativi, nonché del controllo di gestione e reporting.

Tale Dipartimento ha da un lato analizzato gli obiettivi aziendali principali di ciascuna struttura organizzativa dell'Asl, intervenendo con proposte migliorative nei processi che permettono l'erogazione diretta di prestazioni ai cittadini, dall'altro ha costruito dei percorsi per valutare lo stato dell'assistenza sanitaria nella provincia, in relazione ai principi di efficienza ed efficacia delle prestazioni e quindi ai costi ad essi correlati.

Proprio nella traccia di quest'ultima linea d'intervento, allo scopo di declinare in modo più tangibile i principi che ispirano la programmazione sanitaria, ha realizzato l'*Atlante delle Prestazioni Sanitarie dell'Asl della Provincia di Varese*, documento che permette di fotografare la situazione dell'offerta e della domanda di prestazioni sanitarie attraverso la lettura di "mappe di consumo" delle stesse.

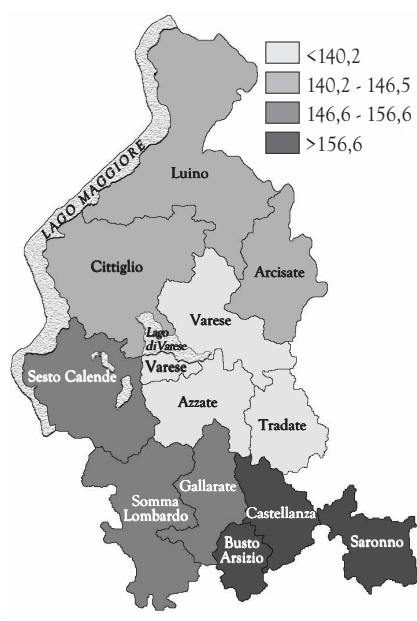
La Asl della Provincia di Varese gode di una speranza di vita alla nascita non diversa da quella nazionale (76 anni per i maschi e 83 anni per le femmine, nel 1999) ⁽⁶⁾, di un tasso di mortalità grezzo di 9,2 per 1.000 abitanti e di un tasso di mortalità infantile di 3,8 per 1.000 nel 2000: questi ultimi indicatori sono simili a quelli regionali e migliori di quelli nazionali.

Al primo gennaio 2001 la popolazione residente, circa 820 mila abitanti ⁽⁷⁾, è costituita per il 17,9% da anziani (persone con 65 o più anni), che ogni anno crescono di oltre 2.000 unità. Nel 2001 la natalità è pari a 8,6 per 1000 abitanti, inferiore alla mortalità, e risulta minore, secondo dati Istat del 1999 ⁽⁸⁾, rispetto a quella nazionale (9,3) e lombarda (9,1), oltre che mostrarsi tra le più basse della regione dopo le province di Pavia, Cremona e Mantova.

Nel 2001, il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti standardizzato, comprensivo dei ricoveri nazionali e con esclusione del DRG 391 e dei ricoveri non finanziati, nella Asl della provincia di Varese risulta il più basso di tutte le Asl lombarde (146,7), ben al di sotto di quello regionale (164,0) ⁽⁹⁾; il tasso regionale per acuti, nel 1999 era 168,3, più elevato di quello nazionale (163,7) ⁽¹⁰⁾.

L'analisi del tasso di ospedalizzazione tra i residenti nei 12 Distretti Socio-Sanitari della Asl mostra storicamente una distribuzione eterogenea: nel quinquennio 1997-2001 si passa da un valore medio di 179,6 per i residenti del Distretto di Busto Arsizio ad un valore di 133 per i residenti del Distretto di Azzate. Ciò significa che i residenti del primo distretto citato richiedono il 35% di ricoveri in più rispetto ad Azzate. Se si considera che il territorio della provincia è eterogeneo, con una zona montuosa a nord a densità abitativa inferiore ed una zona industrializzata a sud a densità abitativa maggiore, nella *figura 1* - che riporta il tasso grezzo di ospedalizzazione - si intuisce il diverso uso dell'ospedale fatto dalla popolazione, anche perché le aggregazioni spaziali risultano particolarmente evidenti. Analisi più dettagliate per fascia d'età hanno mostrato che le differenze non dipendono dal differente grado d'invecchiamento e va sottolineato che nella parte sud orientale della provincia è concentrato il maggior numero di posti letto per 1.000 abitanti (7,1 rispetto al valore aziendale di 5,1).

Figura 1
Distribuzione del tasso grezzo di ospedalizzazione per distretto nell'ASL della provincia di Varese (valore aziendale: 150,6 per 1.000 abitanti) - anno 2001



Materiali e metodi

Sono di seguito illustrati in sintesi i dati provenienti da due capitoli dell'atlante, relativi alle prestazioni di ricovero e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

L'utilizzo dei tracciati record delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), valorizzata con il sistema tariffario dei DRG ⁽¹¹⁾, è da anni consolidato in Regione Lombardia e nella Asl della Provincia di Varese anche per valutazioni di tipo epidemiologico. Sono stati usati i database validati dalla Regione Lombardia degli anni 1999, 2000 e 2001, con riferimento alle prestazioni di ricovero dei residenti nella Asl della Provincia di Varese. Non sono compresi i ricoveri effettuati in Strutture al di fuori della Lombardia,

che assommano a circa il 3% del totale ⁽¹²⁾.

Obiettivi specifici dell'analisi sui consumi di prestazioni sanitarie sono stati:

1. entrare nel merito di un set di prestazioni significative per rilevanza sociale ed epidemiologica, anche in considerazione di quanto riportato nell'accordo tra Stato e Regioni del 22 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza ⁽¹³⁾;
2. descrivere il loro volume e la loro distribuzione spaziale;
3. realizzare una mappatura in funzione del Distretto Socio-Sanitario di residenza.

Nell'appendice 1 sono riportate le patologie prese in considerazione con i rispettivi DRG o gli interventi principali (IP) o le diagnosi principali di dimissione (DPD); gli incidenti stradali e domestici e gli infortuni sul lavoro sono stati selezionati tramite il campo *trauma* del tracciato record. Nell'appendice 2 sono riportate le prestazioni specialistiche ambulatoriali analizzate col relativo codice identificativo previsto nel tariffario ⁽¹⁴⁾.

Le prestazioni di ricovero relative al triennio 1999-2001, registrate nel debito informativo di cui al DM 380 del 27 ottobre 2000, sono state importate dal supporto informatico validato dalla Regione Lombardia in file annuali di tipo DBF, e analizzati attraverso il software EPI INFO vers. 6.04. Mediante un programma di selezione, sono state estratte le prestazioni di ricovero per acuti, in regime ordinario e con esclusione dei ricoveri riabilitativi, e quindi tutte le patologie prese in considerazione, che poi sono state assemblate in set di dati triennali.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali relative al 2001, registrate nel debito informativo di cui alla Circolare 28/SAN/96⁽¹⁵⁾, sono state caricate in uno specifico database; sono state considerate quelle relative al primo trimestre in quanto tutte validate dalla Regione Lombardia all'atto dell'estrazione dal database (agosto 2002). L'estrazione dei dati è stata eseguita mediante un software fornito da Olivetti Sanità Lombardia (OSLO).

Le prestazioni sopra indicate sono state suddivise per Distretto Socio-Sanitario e per le seguenti fasce di età: <15 anni; 15-44 anni; 45-64 anni; >64 anni.

Per la prestazione "Interventi per ernia inguinale e femorale" sono considerate le fasce d'età 18-44, 45-64 e >64, tenendo conto del fatto che i DRG specifici si riferiscono solo a popolazione adulta. Per le prestazioni mammografia bilaterale ed ecografia della mammella sono considerate le fasce d'età 18-44, 45-69 e >69, tenendo conto della fascia d'età a cui è rivolto il programma aziendale di screening mammografico; per altre prestazioni (come pap-test, ecocolordoppler dei tronchi sovraaortici etc.), nonostante non siano praticamente utilizzate sotto i 15 anni, si è eseguita la standardizzazione sull'intera popolazione.

I tassi specifici per 1.000 residenti sono stati calcolati utilizzando la popolazione Istat del 2000 (per i ricoveri) ed una stima della popolazione del 2001 (per le prestazioni specialistiche). Per le prestazioni "parto vaginale", "parto cesareo", "mastectomia", e "isterectomia" si è considerata come denominatore solo la popolazione femminile, per "prostatectomia" ed "orchiopessi" solo quella maschile. Per mammografia bilaterale, ecografia della mammella e pap-test si è considerata solo la popolazione femminile, per l'ecografia transrettale solo quella maschile.

Si è dunque provveduto alla standardizzazione indiretta del dato, al fine di renderlo confrontabile col valore aziendale, ottenendo i rapporti "Osservati / Attesi", considerando che 1 equivale al valore indice dell'Asl, > 1 equivale a più prestazioni rispetto all'atteso e, viceversa, < 1 meno prestazioni rispetto all'atteso.

Sulla base del dato triennale, per i ricoveri è stato poi stimato il volume annuo, riportato in ciascuna cartina; per le prestazioni specialistiche, il volume annuo è stato stimato moltiplicando il volume medio mensile per 11,5, in considerazione del minore carico di prestazioni richieste nel mese di agosto.

Risultati

Nelle *appendici 3 e 4* sono riportati i tassi grezzi delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, suddivisi per Distretto.

Riguardo ai ricoveri, sono di seguito illustrate le cartine che si riferiscono a diabete, ictus, mastectomia e tumore maligno del colon-retto.

I ricoveri per *diabete* (*figura 2*) fanno registrare un tasso di 106,9 per 100.000, con un andamento crescente in funzione dell'età che s'impenna nella fascia di 45-64 anni (139,4 per 100.000), per raggiungere sopra i 64 anni il valore di 314,6 per 100.000. I tassi sono più elevati nell'area sud della provincia (Distretti di Gallarate, Castellanza e Somma Lombardo), mentre la parte centro-orientale appare più protetta. Il rischio relativo di questi interventi è di 1,70 nei residenti del Distretto di Gallarate (+70% rispetto al valore aziendale) e di 0,43 nei residenti del Distretto di Arcisate (-57% rispetto al valore aziendale). Da rilevare che il diabete giovanile (sotto i 36 anni) costituisce nel 2001 il 7,6% dei 908 ricoveri ordinari non riabilitativi. Un eccesso statisticamente significativo di ricoveri per diabete in regime ordinario è stato in precedenza osservato, nel 2000, a carico di strutture ospedaliere del sud della provincia (con valori percentuali di DH inferiori rispetto al valore provinciale di 33,8% per il DRG 294).

I ricoveri per *malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio* (*figura 3*) fanno registrare un tasso di 199,5 per 100.000, con un andamento crescente in funzione dell'età che s'innalza nella fascia di 45-64 anni (116 per 100.000), per raggiungere oltre i 64 anni il valore di 937,7 per 100.000. I tassi sono più elevati nell'area sud-orientale della provincia (Distretti di Saronno, Busto Arsizio e Castellanza), mentre la parte settentrionale appare più protetta. Il rischio relativo di questi interventi è di 1,33 nei residenti del Distretto di Saronno (+33% rispetto al valore aziendale) e di 0,80 nei residenti del Distretto di Arcisate (-20% rispetto al valore aziendale). Da rilevare che, secondo dati degli anni 1989-94 ⁽¹⁶⁾, la mortalità per ictus in provincia è più elevata rispetto ai valori regionali, ma non in modo così pronunciato in queste aree.

Figura 2
Distribuzione del consumo di ricovero per “diabete” per 100.000 abitanti confrontato col valore indice aziendale (1 = 106,9 x 100.000, tasso medio annuale) triennio 1999-2001

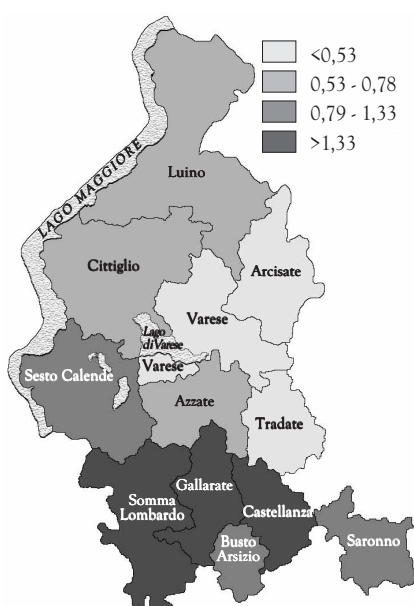
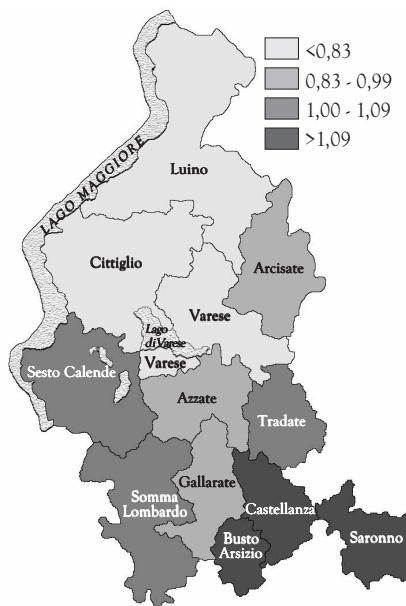


Figura 3
Distribuzione del consumo di ricovero per “malattie cerebrovascolari specifiche eccetto TIA” per 100.000 abitanti confrontato col valore indice aziendale (1 = 199,5 x 100.000, tasso medio annuale) - triennio 1999-2001



Uno degli indicatori di cui viene richiesto il monitoraggio nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza ⁽¹³⁾ è la proporzione di parti cesarei rispetto al totale dei parti. Nel triennio 1999-01, tale proporzione è pari a 25,1%, con oscillazioni che vanno da un minimo di 21,7% nel Distretto di Castellanza e 21,8% nel Distretto di Saronno ad un massimo di 31,6% nel Distretto di Luino e 29,1% nel Distretto di Cittiglio. Si ricorda che in Lombardia, nel 2000, la proporzione registrata è stata pari al 23,7% e in Italia pari al 33,2%, un valore quest'ultimo del 10-15% superiore rispetto a quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ⁽¹⁷⁾.

I ricoveri per *mastectomia* (figura 4) fanno registrare un tasso di 175,7 per 100.000 donne, con un aumento nella fascia d'età di 45-64 anni (319,9 per 100.000), in cui si rileva un tasso simile a quello delle ultra64enni (328,9 per 100.000). Questi

interventi sono più diffusi nell'area centro-orientale della provincia (Distretti di Arcisate, Varese e Tradate), dove tra l'altro è stato osservato un maggior consumo di mammografia bilaterale ed ecografia mammaria. Il rischio relativo di questi interventi è di 1,32 nelle donne residenti del Distretto di Arcisate (+32% rispetto al valore aziendale) e di 0,86 nelle donne residenti del Distretto di Somma Lombardo (-14% rispetto al valore aziendale).

I ricoveri per *tumore maligno del colon-retto* fanno registrare un tasso di 82,3 per 100.000 (figura 5), crescendo in funzione dell'età fino ad un tasso di 325,4 per 100.000 nella popolazione anziana (>64 anni). Risultano più elevati nell'area meridionale della provincia, con tassi più elevati nei Distretti di Somma Lombardo, Castellanza e Busto Arsizio, Gallarate e Azzate, ed un'area centro-orientale con tassi più bassi che si estende dal Distretto di Tradate a quelli

Figura 4
Distribuzione del consumo di ricovero per "mastectomia" per 100.000 donne confrontato col valore indice aziendale (1 = 175,7 x 100.000, tasso medio annuale) - triennio 1999-2001

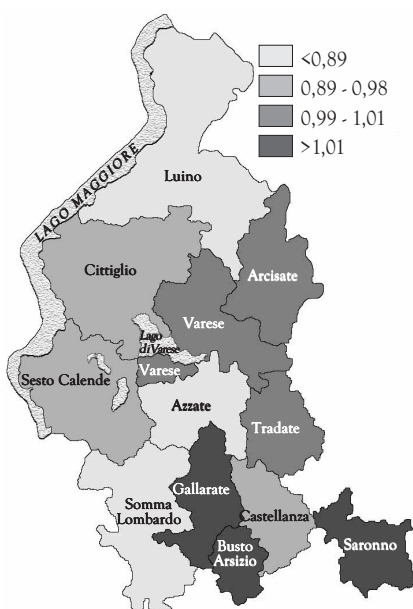


Figura 5
Distribuzione del consumo di ricovero per "tumore maligno del colon-retto" per 100.000 abitanti confrontato col valore indice aziendale (1 = 82,3 x 100.000, tasso medio annuale) - triennio 1999-2001



di Varese e Arcisate. Il rischio relativo di queste prestazioni è di 1,12 nei residenti del Distretto di Somma Lombardo (+12% rispetto al valore aziendale) e di 0,87 nei residenti del Distretto di Tradate (-13% rispetto al valore aziendale). La mortalità è storicamente più elevata nella parte meridionale della provincia ⁽¹⁶⁾.

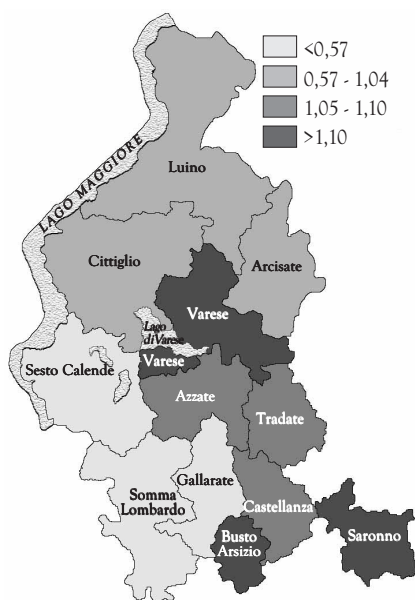
Riguardo alle prestazioni specialistiche, sono di seguito illustrate le cartine che si riferiscono a densitometria ossea, mammografia bilaterale, visita specialistica ed eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici.

La densitometria ossea con tecnica di assorbimento è richiesta nella misura di 28,5 per 1.000 abitanti (figura 6), con una distribuzione a macchia di leopardo che privilegia gli abitanti dei grossi centri (Saronno, Busto Arsizio e Varese) e dei comuni limitrofi: nel Distretto di Saronno il consumo di questa prestazione è quasi 6 volte più alto che nel Distretto di Sesto Calende. La diversità di volumi

esprime il diverso utilizzo degli strumenti diagnostici che c'è tra città e campagna (o montagna), e pone dei problemi valutativi sulla reale necessità di questa prestazione erogata prevalentemente nella fascia di 45-64 anni (83,3 per 1.000): qualora la richiesta espressa fosse confermata come appropriata, residuerebbe la questione etica di proporla in ugual misura nelle aree carenti.

Riguardo alla mammografia bilaterale, poiché per questa fonte di informazioni (Circolare 28/SAN/96) le mammografie in regime di screening sono risultate solo 82 in un trimestre, si sono considerate tutte le prestazioni (di screening e non) reputando che quelle registrate nel database siano fondamentalmente le mammografie eseguite spontaneamente dalla popolazione femminile, sia per l'insorgenza di

Figura 6
Distribuzione del consumo di "densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi x" per 1.000 abitanti confrontato col valore indice aziendale (1 = 28,5 x 1.000, tasso stimato annuale) - anno 2001



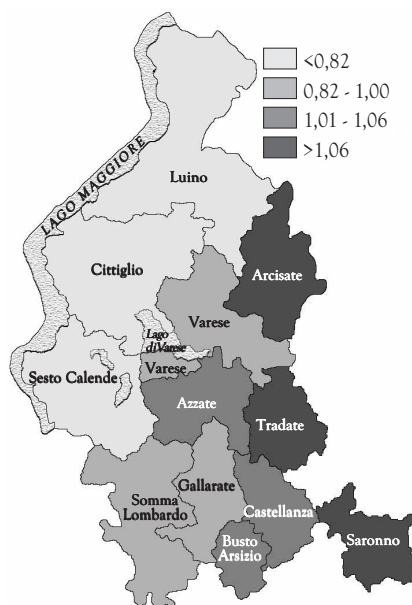
sintomi che per il controllo periodico del seno. Il consumo di mammografie della popolazione adulta femminile residente nell'Asl di Varese (> 17 anni) nel corso del primo trimestre 2001 è stato pari a 10523 mammografie. Il tasso trimestrale nella Asl è stato pari a 28,6 mammografie ogni 1.000 donne >17 anni. Il tasso annuale nella Asl è stimato intorno a 109,7 mammografie ogni 1.000 donne >17 anni.

Se si considerano le donne della fascia d'età tra 45 e 69 anni, il tasso è quasi il doppio: 209,6 per 1.000. Ciò significa che mediamente circa il 21% delle donne di questa fascia d'età - senza l'eccezione delle donne che ne hanno eseguita più di una - ha fatto già una mammografia bilaterale nell'ultimo anno quando viene chiamata dal programma di screening mammografico.

Nella figura 7 è rappresentato il consumo stimato annuale della *mammografia bilaterale nelle donne adulte (>17 anni)* riferito al primo trimestre 2001. Come si può evidenziare, nei Distretti di Saronno, Tradate e Arcisate vi è un maggior consumo di mammografie rispetto ai Distretti di Sesto Calende, Cittiglio e Luino: nel Distretto di Saronno il consumo è il 77% in più rispetto al Distretto di Sesto Calende. Si osserva un vero e proprio gradiente geografico, secondo il quale il consumo di questa prestazione aumenta man mano che si va da ovest verso est. Appare evidente che il bisogno di questa prestazione in regime di screening è più alto nelle località nei pressi del Lago Maggiore, dove più alto dovrebbe essere lo sforzo di coinvolgimento tramite campagne informative.

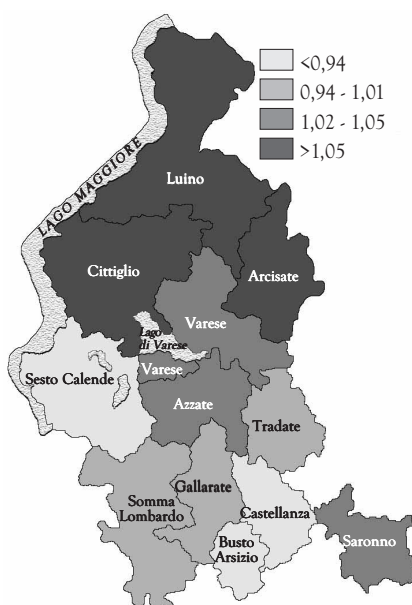
La distribuzione del consumo della *visita specialistica* offre lo spunto per alcune osservazioni. Per visita specialistica si intendono qui tutte le prime

Figura 7
Distribuzione del consumo di "mammografia bilaterale" per 1.000 donne adulte (>17 anni) confrontato col valore indice aziendale (1 = 109,7 x 1.000, tasso stimato annuale) - anno 2001



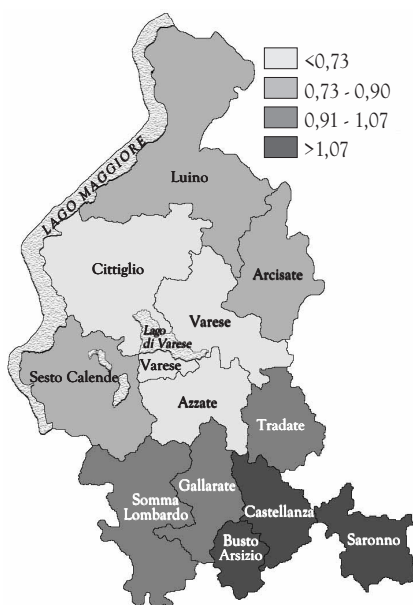
visite, di tipo generale (cod. 897), con esclusione della visita ginecologica, dell'esame complessivo dell'occhio (o visita oculistica) e della visita neurologica, che hanno da tariffario un codice specifico. Il volume totale di tale prestazione (778,6 per 1.000 abitanti) indica che approssimativamente il consumo di tutte le visite specialistiche nell'arco di un anno è di poco inferiore ad 1 per abitante. Dalla *figura 8* si evince che nei distretti settentrionali (Luino, Cittiglio e Arcisate) risulta un alto consumo, a differenza di quelli meridionali (Busto Arsizio e Castellanza): si osserva come questa distribuzione sia speculare al tasso di ospedalizzazione, che risulta storicamente elevato nel sud della provincia, mentre nell'area servita dall'Azienda Ospedaliera di Varese è, invece, abbastanza basso: nel Distretto di Arcisate il consumo è oltre il 30% in più rispetto al Distretto di Busto Arsizio. Un'altra interessante considerazione deriva dal fatto che delle

Figura 8
Distribuzione del consumo di "visita specialistica" per 1.000 abitanti confrontato col valore indice aziendale (1 = 778,6 x 1.000, tasso stimato annuale) - anno 2001



167.183 visite specialistiche registrate col codice 897 nel primo trimestre del 2001, solo il 36% risulta richiesto dal medico di medicina generale, poco meno del 10% da altro specialista, mentre quasi il 50% segue modalità di accesso diretto, e il restante 4% si riferisce ad altre modalità (medicina sportiva, richieste di amministrazioni pubbliche etc.). Quasi la totalità (96%) delle visite erogate con accesso diretto sono richieste al pronto soccorso. Interessanti sono anche le variazioni nella distribuzione percentuale nei Distretti: per le visite specialistiche con accesso diretto, si passa da un minimo di 45% del totale nei Distretti di Azzate ed Arcisate ad un massimo di 58% nel Distretto di Tradate; per le visite specialistiche su prescrizione del medico di medicina generale, si passa da un minimo di

Figura 9
Distribuzione del consumo di "eco(color)doppler dei tronchi sovra-aortici" per 1.000 abitanti confrontato col valore indice aziendale (1 = 13,5 x 1.000, tasso stimato annuale) - anno 2001



31% nel Distretto di Tradate ad un massimo di 41% nel Distretto di Castellanza; per le visite specialistiche su prescrizione dello specialista, si passa da un minimo di 3% nel Distretto di Busto Arsizio ad un massimo di 16% nel Distretto di Varese.

Il consumo di *eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici* (13,5 per 1.000, figura 9) è più elevato nelle aree meridionali, in particolare in quella che va da Busto Arsizio a Castellanza e Saronno, indicando che in questi Distretti è maggiore la richiesta di studio di sospette vasculopatie cerebrali. Ciò trova corrispondenza col maggior numero di ricoveri per ictus in queste zone.

Discussione e conclusioni

Alla luce delle osservazioni circa la distribuzione dei ricoveri, tenendo conto del fatto che una certa variabilità

è fisiologica e che comunque per brevità in questo lavoro di epidemiologia descrittiva non si è fatto uso di valutazioni statistiche che quantificano la significatività delle differenze, si ritengono importanti alcuni approfondimenti sul campo riguardo a questioni che una pur dettagliata elaborazione non può sciogliere:

- verificare se alcune delle prestazioni considerate siano realmente espressione di bisogni della popolazione o se invece siano il riflesso di prassi terapeutiche (esagerate o lacunose) che non rispondono a protocolli di dimostrata efficacia scientifica;
- determinare, in base al principio di equità d'offerta ai cittadini, se l'eccesso di trattamenti dovuti alla maggiore propensione all'accertamento diagnostico vada esteso ai Distretti dove sembra minore la ricerca delle patologie (vedi il caso di mammografie ma anche di ecografie transrettali), o quanto meno vada ridistribuito, anche tramite

opportune regole di finanziamento da recepire in fase di contrattazione, sempre che sia dimostrata l'efficacia dei trattamenti anche in termini di valutazione del rapporto costi/benefici;

- verificare l'efficacia del sovratrattamento nelle comunità, ossia condurre, congiuntamente con le Strutture Erogatrici, degli studi che confrontino i Distretti dove maggiore è il consumo di alcune prestazioni (come parto cesareo, ma anche appendicectomia, malattia polmonare cronico-ostruttiva, prostatectomia, orchioepesi) con quelli dove il consumo è particolarmente basso, al fine di valutare i risultati o i mancati benefici di salute ottenuti;
- proporre dei protocolli condivisi, per indirizzare meglio le scelte diagnostiche e terapeutiche dei medici e i risultati ottenibili per i loro pazienti, con particolare riferimento alle prestazioni individuate dai livelli essenziali di assistenza a rischio di non appropriatezza generica che risultano superiori ai valori soglia indicati dalla Regione;
- tener conto, ai fini della contrattazione, che per alcune patologie importanti (ad esempio, interventi e terapie per tumori e per malattie ischemiche cardiache) gli interventi terapeutici dovrebbero essere salvaguardati in quanto necessari per l'assistenza al cittadino, evitando gli effetti dell'abbattimento a pioggia della remunerazione a tariffa, ribaltando la rispettiva quota su patologie meno importanti, quali, ad esempio, quelle che mostrano una variabilità statisticamente significativa, dove possono annidarsi fenomeni opportunistici o rischi di inappropriatezza.

Occorre sottolineare come la lettura dei ricoveri in genere si presta solo approssimativamente a disegnare l'epidemiologia di alcune patologie e, dunque, i veri bisogni di salute della popolazione, che altresì seguono le possibilità di offerta e di accessibilità ai servizi, col risultato di determinare delle differenze derivanti più dalle caratteristiche di sviluppo di certe specialità medico-chirurgiche e dalle relative modalità organizzative (dell'urgenza, del DH, dell'offerta ambulatoriale) che dalle effettive diversità d'incidenza delle malattie. È vero che la reale frequenza delle patologie dovrebbe essere il punto di riferimento per la valutazione dei bisogni di salute, ma quest'ultima ha necessità di strumenti di lavoro più affidabili, come la sorveglianza epidemiologica per patologie, indagini campionarie, rilevazione delle attività di assistenza sanitaria primaria, studi di valutazione d'efficacia, analisi costi/benefici degli interventi sanitari. I consumi di ricovero, dunque,

rispecchiano più verosimilmente il risultato dell'offerta sanitaria, ed è per questo che vanno considerati in base alle possibilità di finanziamento della domanda.

Si suggerisce dunque di tener conto dei consumi di queste prestazioni non perché indichino la vera frequenza delle malattie, bensì perché la loro diversa distribuzione richiede agli erogatori di dimostrare la bontà e l'efficacia degli eccessi di consumi.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali costituiscono una grossa fetta delle prestazioni sanitarie, il cui valore economico ammonta a oltre 2.000 miliardi in Lombardia nel 1999⁽⁹⁾. Si stima che oltre la metà degli assistiti ricorra almeno una volta l'anno ad una prestazione specialistica⁽¹⁸⁾; il loro numero medio annuo supera le 11 prestazioni pro-capite⁽¹⁹⁾. Anche alla luce delle osservazioni riguardanti la distribuzione delle prestazioni specialistiche si ritiene che sia importante approfondire alcune questioni:

- verificare se, come sembrerebbero suggerire questi dati, esiste un diverso utilizzo dell'ospedale; al nord della provincia pare infatti essere privilegiato lo strumento delle prime visite specialistiche ambulatoriali, mentre al sud si ricorre maggiormente al ricovero;
- verificare l'efficacia dell'iperprescrizione, ovvero condurre - in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e di specialistica ambulatoriale e sulla base di direttive ed indicazioni da parte del competente Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base - degli studi che confrontino i Distretti dove maggiore è il consumo di alcune prestazioni (ad esempio la densitometria ossea, l'ecografia mammaria, l'ecografia ginecologica, l'ecografia transrettale, l'otturazione dentaria, il patch test) con quelli dove il consumo è particolarmente basso, al fine di valutare i risultati o i mancati benefici di salute ottenuti.

In base a queste considerazioni (confermate in buona parte da analisi parallele relative alla spesa sanitaria nella Asl, qui non riportate per brevità) è possibile formulare alcune osservazioni conclusive, comuni a tutti gli aspetti specifici trattati:

- diverse informazioni (localizzazione delle strutture erogatrici, tasso di ospedalizzazione, distribuzione di alcune prestazioni specialistiche, spesa complessiva) suggeriscono che, laddove l'offerta è maggiore e differenziata, è maggiore il consumo di prestazioni sanitarie, e ciò in particolare si verifica nell'area sud-orientale;
- i consumi in molti casi risultano diversi sia qualitativamente sia quantitativamente nelle varie aree distrettuali; se ciò in teoria può dipendere da una diversa

distribuzione dei bisogni, in pratica è più probabilmente influenzato dal mercato, ossia dalla rete dell'offerta, dalla capacità di conoscere e accedere ai servizi sanitari, dal modo con cui questi elementi sono filtrati dal medico di medicina generale nonché dall'atteggiamento che il paziente ha verso la salute e il sistema sanitario. Resta tutto da dimostrare che gli aumenti di consumi si traducano *sic et simpliciter* in valore aggiunto per la salute;

- se dunque, con le dovute eccezioni, la mappa dei consumi risponde più ad esigenze di mercato che ad effettive diversità nella salute dei cittadini, diviene sempre più importante intervenire con lo strumento della contrattazione per garantire alcune prestazioni di sicuro bisogno (ad esempio, assistenza ospedaliera relativa ad infarto, ictus, tumori, traumatismi maggiori, dialisi etc.), riservando alle altre gli effetti di abbattimenti tariffari resi necessari dalla limitazione delle risorse economiche;
- anche nel caso in cui non fosse la maggiore offerta a condizionare il consumo, resta un problema di disuguaglianza nell'allocazione delle risorse, ossia determinate aree assorbono una quota pro-capite di spesa più elevata rispetto ad altre; ciò richiede, oltre ad una verifica del maggior bisogno, una definizione di priorità di risposte in un sistema a risorse comunque limitate;
- un ruolo di "facilitatore", di tutto rispetto, spetta al Distretto Socio-Sanitario, che ha il compito di mediare le richieste di salute dei cittadini in base alle risorse presenti nel territorio; se da un lato l'analisi dei consumi sanitari per distretto porta a riflessioni sulle possibili carenze o superfluità di alcuni servizi sanitari, dall'altro il distretto deve farsi portavoce di esigenze e suggerimenti specifici di cui tener conto in sede di contrattazione;
- sul versante dell'appropriatezza, vanno incrementate le occasioni di collaborazione e integrazione tra Asl, medicina generale e medicina ospedaliera e specialistica, al fine di produrre protocolli d'intesa nei percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle patologie che hanno un maggiore impatto di salute nella popolazione.

Se questo lavoro ha permesso una fotografia della diffusione di alcuni fenomeni sanitari, è opportuno, in ultimo, tracciare delle ipotesi di approfondimento che non possono che migliorare e mirare le ricadute operative appena ricordate. È opinione di chi scrive che andrebbero affinati gli strumenti di analisi epidemiologica, in funzione delle esigenze di programmazione, e che le forze sanitarie in

gioco (Asl, strutture erogatrici, medicina generale) dovrebbero concordare studi finalizzati a:

- verificare le abitudini e gli stili di vita dei cittadini, da correlare ai consumi di prestazioni sanitarie, in ordine all'opportunità di indagare eventuali carenze di bisogni espressi o, al contrario, bisogni di salute inesistenti;
- indagare, con tecniche di confronto tra pari, le abitudini prescrittive dei professionisti nei riguardi di ricoveri, visite specialistiche e terapie farmacologiche, mettendole in relazione coi consumi di prestazioni sanitarie e coi reali bisogni di salute;
- misurare l'efficacia dei sovratrattamenti terapeutici di popolazione, confrontando i livelli di salute ottenuti in distretti con diverso regime di spesa e di consumi delle prestazioni.

Questi ed altri spunti sono auspicabili come evoluzioni future, che possono rendere analisi come quella oggetto del presente studio un reale strumento di programmazione che si ponga come principale obiettivo la tutela e la promozione della salute nella provincia di Varese.

Bibliografia

- ⁽¹⁾ Lombardi A, Fellin G, Elmi I, Ballini L, Brunetti M. *Specialistica Asl nel report*. Sanità Management, 2002; 11: 27-31.
- ⁽²⁾ Rossattini S, Rocchi S, Zucchi A. *Atlante dei ricoveri in provincia di Bergamo, 1997-2001*. Asl della Provincia di Bergamo, Bergamo, 2002.
- ⁽³⁾ Petrelli A, Saitto C, Arcà M, Peducci CA. *Il sistema dell'offerta di prestazioni di assistenza specialistica nella regione Lazio*. Epidemiologia e Prevenzione, 2002; 26: 116-123.
- ⁽⁴⁾ Regione Lombardia. Deliberazione Giunta Regionale 29.12.1999, n. 47508. *Approvazione schema-tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale e i soggetti erogatori di prestazioni in regime di Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'articolo 12, comma 5 della Legge Regionale 31/97*. 4° Suppl. Straord., Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia del 20.01.2000, n. 3.
- ⁽⁵⁾ Regione Lombardia. Deliberazione Giunta Regionale 24.10.2002, n. VII/10807: *Ulteriori determinazioni in ordine alla definizione dei rapporti contrattuali di cui alla dgr n. 47508/99 e agli indici programmatori espressi dal PSSR 2002/2004*.
- ⁽⁶⁾ ISTAT. *Tavole di mortalità*. Roma, 2002. <http://demo.istat.it/tav1999/start.html>
- ⁽⁷⁾ ISTAT. *Popolazione residente*. Roma, 2001. <http://demo.istat.it/pop1/start.html>
- ⁽⁸⁾ ISTAT. *Sistema di indicatori sociali (provinciali)*. Roma, 2001. <http://www.istat.it/societ-Indicatori/index.htm>

- ⁽⁹⁾ Regione Lombardia – Sanità – Famiglia e Solidarietà Sociale. *Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004. "Libertà e innovazione al servizio della salute"*, approvato nella seduta consiliare del 13.03.2002 – DCR VII/462.
- ⁽¹⁰⁾ ISTAT. *Database Health for All*. Roma, 2002. <http://www.istat.it/societ-/index.htm>
- ⁽¹¹⁾ Ministero della Sanità. Decreto 27.10.2000, n.380. *Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati*. Gazzetta Ufficiale del 19.12.2000, n.295.
- ⁽¹²⁾ Amigoni M, Del Missier S, Federico P, Ghioldi R, Merlini L, Bortolotti A, Tasco C, Zocchetti C, Zucchi C, Di Vietri R. 1999 – *Ricoveri in Lombardia*, Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, Remunerazione delle Prestazioni Sanitarie e Flussi Informativi, Milano, 2000.
- ⁽¹³⁾ Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e Le Province Autonome di Trento e Bolzano. *Accordo 22 novembre 2001 tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni (Repertorio n.1318)*. Suppl. Ord. Gazzetta Ufficiale del 23.01.2002, n. 19.
- ⁽¹⁴⁾ Regione Lombardia. Deliberazione Giunta Regionale 23.04.1999, n. 6/42606. *Aggiornamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario regionale e relative tariffe*. 3° Suppl. Straord., Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia del 13.05.1999, n. 19.
- ⁽¹⁵⁾ Regione Lombardia, Settore Sanità. *Rilevazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale – Modalità di trasmissione dei dati*. Circolare 28/SAN. Milano, 1996.
- ⁽¹⁶⁾ Tasco C, Zocchetti C. *Atlante della Mortalità in Lombardia: 1989-1994*, Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, Servizio Sistema Informativo e Controllo Qualità, Ufficio Osservatorio Epidemiologico, Milano, 1999.
- ⁽¹⁷⁾ Spinelli A. *Parti cesarei: situazione, andamento e variabilità regionale*. Roma, 2002. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/nascita.htm>
- ⁽¹⁸⁾ Mapelli V, Amadei A. *L'analisi dei consumi sanitari nella relazione sanitaria come strumento di programmazione*. Atti del 40° Congresso Nazionale SItI: Sanità pubblica nell'era della globalizzazione – Cernobbio (CO), 8-11 Settembre 2002.
- ⁽¹⁹⁾ Zocchetti C, Merlini L, Magnani D. *Le prestazioni ambulatoriali erogate nel 1999 in Lombardia*. *Igiene e Sanità Pubblica*, 2001; 6:549-573.

Referente: Salvatore Pisani
Asl della Provincia di Varese
Via O. Rossi, 9 - 21100 Varese
Tel. 0332277551 – e-mail epidemiol@asl.varese.it

Appendice 1

Set di patologie o interventi causa di ricovero esaminati nell'atlante

DRG medici (i DRG 374-375 sono chirurgici, ma sono assimilati a parti vaginali)

- Bronchite e asma (DRG 96-98: 96 = età >17 con CC; 97 = età >17 senza CC; 98 = età <18)
- Cirrosi ed epatite alcolica (DRG 202)
- Diabete (DRG 294-295: 294 = età >35; 295 = età <36)
- Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio (DRG 14)
- Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto (DRG 121-123: 121 = con complicanze cardiovascolari, dimessi vivi; 122 = senza complicanze cardiovascolari, dimessi vivi; 123 = deceduti)
- Malattia polmonare cronico-obstruttiva (DRG 88)
- Parto vaginale (DRG 372-375: 372 = con diagnosi complicanti; 373 = senza diagnosi complicanti; 374 = con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento; 375 = con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento)

DRG chirurgici

- Appendicectomia (DRG 164-167: 164 = con diagnosi principale complicata con CC; 165 = con diagnosi principale complicata senza CC; 166 = con diagnosi principale non complicata con CC; 167 = con diagnosi principale non complicata senza CC)
- Bypass coronarico (DRG 106-107: 106 = con cateterismo cardiaco; 107 = senza cateterismo cardiaco)
- Colectomia (DRG 195-198: 195 = con esplorazione del dotto biliare comune con CC; 196 = con esplorazione del dotto biliare comune senza CC; 197 = senza esplorazione del dotto biliare comune con CC; 198 = senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC)
- Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (DRG 39)
- Interventi per ernia inguinale e femorale (DRG 161-162: 161 = età >17 con CC; 162 = età >17 senza CC)
- Interventi sul ginocchio senza complicazioni (DRG 222)
- Interventi sulla tiroide (DRG 290)
- Legatura e stripping di vene (DRG 119)
- Mastectomia (DRG 257-260: 257 = totale per neoplasie maligne con CC; 258 = totale per neoplasie maligne senza CC; 259 = subtotale per neoplasie maligne con CC; 260 = subtotale per neoplasie maligne senza CC;)
- Parto cesareo (DRG 370-371: 370 = con CC; 371 = senza CC)
- Prostatectomia (DRG 306-307: 306 = con CC; 307 = senza CC)
- Tonsillectomia e/o adenoidectomia (DRG 59-60: 59 = età >17; 60 = età <18)

Interventi chirurgici

- Isterectomia (IP 68.3-68.9)
- Orchiopessi (IP 62.5)

Altre patologie

- Tumore maligno del colon-retto (DPD 153-154)
- Tumore Maligno del polmone (DPD 162)
- Frattura del femore (DPD 820-821)

Incidenti

- Incidenti stradali (DPD=ICD9 800-999; trauma=3)
 - Incidenti domestici (DPD=ICD9 800-999; trauma=2)
 - Infortuni sul lavoro (DPD=ICD9 800-999; trauma=1)
-

Appendice 2

Set di prestazioni specialistiche ambulatoriali esaminate nell'atlante

- | | |
|---|--|
| • Ricostruzione di dente mediante otturazione (23201) | • Spirometria semplice (89371) |
| • Tomografia computerizzata del capo (8703) | • Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro (8943) |
| • Radiografia della colonna lombosacrale (8724) | • Elettrocardiogramma dinamico (8950) |
| • Mammografia bilaterale (87371) | • Visita generale (897) |
| • Ecocolordopplergrafia cardiaca (88723) | • Visita cardiologica (897, disc.8) |
| • Ecografia della mammella (88731) | • Visita ortopedica (897, disc.36) |
| • Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici (88735) | • Visita urologica (897, disc.43) |
| • Ecografia dell'addome superiore (88741) | • Tiroxina libera (90423) |
| • Ecografia ginecologica (88782) | • Virus Immunodeficienza Acquisita (HIV) Analisi quantitativa di RNA (previa reazione polimerasica a catena) (91223) |
| • Ecografia osteoarticolare (88792) | • Esame citologico cervico-vaginale (Pap-test) (91385) |
| • Ecografia transrettale (88798) | • Test epicutanei a lettura ritardata (patch test) (91905) |
| • Risonanza magnetica nucleare della colonna vertebrale (8893) | • Scintigrafia tiroidea (92013) |
| • Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X (88992) | • Visita oculistica (esame complessivo dell'occhio) (9502) |
| • Uroflussimetria (8924) | • Angiografia con fluoresceina o angioscopia (9512) |
| | • Esame audiometrico tonale (95411) |
-

Appendice 3

Consumo di alcune prestazioni di ricovero nei distretti della Asl della provincia di Varese

Tassi triennali, valori per 100.000 abitanti, anni 1999-2001, riferiti a ricoveri ordinari per acuti

Prestazione	Arcisate	Azzate	Busto A.	Castellanza	Cittiglio	Gallarate
Bronchite e asma	377,4	295,3	469,0	439,7	434,5	348,7
Cirrosi ed epatite alcolica	225,6	128,4	193,5	202,6	184,7	135,1
Diabete	134,5	190,5	438,2	523,8	228,6	534,0
Mal. cerebrovasc. specifiche (ecc. TIA)	509,8	479,4	763,7	639,3	513,3	557,6
Mal. cardiovascolari con IMA	258,1	250,4	420,3	327,2	311,9	310,9
Mal. polmonare cronico-ostruttiva	331,9	280,3	511,2	438,2	345,2	335,5
Parto vaginale ⁽¹⁾	3.952,5	4.083,4	3.716,8	4.131,6	3.462,3	3.672,4
Parto cesareo ⁽¹⁾	1.170,5	1.294,1	1.219,2	1.146,9	1.420,0	1.182,0
Appendicectomia	566,2	547,8	183,2	300,2	422,4	351,6
Bypass coronarico	193,1	181,9	176,8	187,6	192,3	171,1
Colecistectomia	251,6	233,3	199,9	217,6	208,9	230,6
Interv. sul cristallino con/senza vitrect.	1.501,1	1.243,3	1.469,7	1.410,7	1.332,4	1.240,9
Interv. per ernia inguinale e femorale ⁽²⁾	508,3	541,3	833,6	766,8	378,1	804,0
Interv. sul ginocchio senza complicaz.	965,3	853,9	844,4	801,4	737,4	445,1
Interv. sulla tiroide	106,3	102,7	85,8	106,6	113,6	92,6
Legatura e stripping di vene	236,4	387,3	611,2	565,8	289,2	503,7
Mastectomia ⁽¹⁾	670,1	443,9	541,9	502,9	493,8	524,1
Prostatectomia ⁽³⁾	8,9	30,6	34,7	52,1	6,3	105,4
Tonsillectomia e/o adenoidectomia	416,5	496,5	354,9	420,2	411,8	497,1
Istrectomia ⁽¹⁾	687,0	846,0	741,4	820,4	891,1	901,6
Orchiopessi ⁽³⁾	53,3	65,6	117,5	82,8	37,7	101,5
Tumore maligno del colon-retto	210,4	241,8	279,3	255,1	252,9	245,7
Tumore maligno del polmone	334,1	216,1	335,7	264,1	378,5	347,8
Frattura del femore	347,1	385,2	408,7	405,2	463,3	394,1
Incidenti stradali	431,7	365,9	771,3	625,8	552,6	506,6
Incidenti domestici	436,0	479,4	457,4	555,3	445,1	557,6
Infortunati sul lavoro	214,8	181,9	192,2	279,1	186,2	193,7

Prestazione	Luino	Saronno	Sesto C.	Somma L.	Tradate	Varese	Totale Asl
Bronchite e asma	340,8	338,7	364,4	391,4	300,5	383,0	377,7
Cirrosi ed epatite alcolica	182,9	226,2	185,5	179,1	116,2	136,7	172,4
Diabete	171,4	276,3	364,4	483,3	154,3	173,2	320,8
Mal. cerebrovasc. specifiche (ecc. TIA)	502,6	777,6	653,7	583,1	635,1	520,5	598,6
Mal. cardiovascolari con IMA	273,4	317,9	377,7	369,2	374,6	252,4	318,5
Mal. polmonare cronico-ostruttiva	244,5	608,9	578,6	354,9	246,4	302,0	384,6
Parto vaginale ⁽¹⁾	3.304,4	4.026,6	3.429,3	3.863,1	3.912,5	3.586,2	3.751,2
Parto cesareo ⁽¹⁾	1.526,8	1.121,7	1.193,2	1.318,6	1.396,8	1.260,5	1.259,0
Appendicectomia	331,2	392,5	607,3	324,8	597,0	517,9	413,7
Bypass coronarico	169,4	192,0	178,9	161,6	190,3	215,9	185,7
Colecistectomia	206,0	288,5	220,9	225,0	206,4	214,1	225,7
Interv. sul cristallino con/senza vitrect.	1.161,1	1.124,8	1.426,7	1.204,3	492,8	1.375,3	1.262,8
Interv. per ernia inguinale e femorale ⁽²⁾	651,2	642,7	703,5	692,9	336,4	479,0	623,4
Interv. sul ginocchio senza complicaz.	1.012,8	869,3	781,8	448,4	1.103,9	752,9	770,0
Interv. sulla tiroide	146,3	144,3	117,1	87,2	104,2	143,6	113,6
Legatura e stripping di vene	579,6	666,3	477,0	423,1	607,0	264,6	466,0
Mastectomia ⁽¹⁾	460,3	526,4	485,0	445,7	555,6	606,3	527,0
Prostatectomia ⁽³⁾	27,8	73,2	50,0	123,4	24,6	20,2	49,9
Tonsillectomia e/o adenoidectomia	311,9	383,9	320,2	486,5	428,7	349,9	407,1
Istrectomia ⁽¹⁾	931,8	815,7	858,4	746,0	762,9	712,3	807,1
Orchiopessi ⁽³⁾	35,7	186,8	77,3	136,4	106,8	47,7	90,1
Tumore maligno del colon-retto	252,2	236,0	265,0	263,0	210,4	239,4	246,9
Tumore maligno del polmone	298,4	315,4	364,4	293,1	228,4	271,6	306,3
Frattura del femore	446,7	380,2	386,5	383,5	384,7	473,5	410,2
Incidenti stradali	412,1	621,1	519,0	505,5	492,8	385,6	521,3
Incidenti domestici	419,8	709,1	609,6	576,8	544,9	497,9	529,0
Infortunati sul lavoro	115,5	143,0	161,2	190,1	164,3	152,3	180,7

Note: ⁽¹⁾ dati relativi solo alle donne di età >17 anni; ⁽²⁾ dati relativi solo ai maschi; ⁽³⁾ dati relativi solo alle femmine.

Appendice 4 - Consumo di alcune prestazioni specialistiche nei distretti della Asl della provincia di Varese - Tassi grezzi, valori per 1.000 abitanti, primo trimestre 2001

Prestazione	Arcisate	Azzate	Busto A.	Castell.	Cittiglio	Gallarate
23201-ricostruzione di dente mediante otturazione	4,3	2,5	2,0	1,1	1,5	1,4
8703-tomografia computerizzata (tc) del capo	1,1	0,8	0,8	0,6	1,0	1,6
8724-radiografia della colonna lombosacrale	10,6	10,9	12,0	10,8	9,9	9,3
87371-mammografia bilaterale ⁽¹⁾	31,7	29,7	30,0	29,8	23,5	26,5
88723-ecocolordopplergrafia cardiaca	5,1	4,1	3,7	3,3	2,2	3,8
88731-ecografia della mammella ⁽¹⁾	20,4	17,7	7,3	8,0	14,2	8,0
88735-eco(color)doppler dei tronchi sovraortici	3,0	2,3	6,9	4,1	2,2	3,7
88741-ecografia dell'addome superiore	5,3	6,5	9,5	7,9	7,4	8,0
88782-ecografia ginecologica	0,6	0,8	1,0	0,6	2,4	1,1
88792-ecografia osteoarticolare	2,0	2,2	3,3	3,0	1,7	2,9
88798-ecografia transrettale ⁽²⁾	1,1	1,9	5,3	4,2	1,4	5,7
8893-risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	0,9	1,1	0,7	0,6	0,9	0,7
88992-densitom. ossea con tecnica di assorb. a raggi x	5,6	7,7	11,7	8,1	5,5	4,1
8924-urolussometria	0,6	1,6	3,8	2,7	0,9	3,6
89371-spirometria semplice	7,8	7,9	8,9	8,9	5,4	8,8
8943-test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	3,1	2,3	3,5	3,5	2,0	2,5
8950-elettrocardiogramma dinamico	2,1	2,5	2,5	2,0	3,0	2,7
897-visita generale di cui:	224,2	209,1	169,5	188,1	216,8	202,2
897-08-visita generale-cardiologia	14,6	11,6	11,7	14,1	12,1	12,1
897-36-visita generale-ortopedia	15,3	16,2	14,4	18,4	17,8	23,4
897-43-visita generale-urologia	7,3	7,9	4,9	4,9	5,9	6,6
90423-tiroxina libera (ft4)	19,5	17,2	15,4	13,0	18,8	16,1
91223-virus immunodef. acq. [HIV] an. quant. di RNA	1,8	0,8	1,4	1,5	1,7	1,9
91385-es. citologico cervico vaginale [pap test] ⁽³⁾	16,2	22,1	6,9	6,2	13,5	9,2
91905-test epicutanei a lettura ritardata [patch test]	20,2	16,3	24,0	14,5	14,0	5,3
92013-scintigrafia tiroidea	0,8	1,1	0,5	0,6	0,5	0,6
9502-esame complessivo dell'occhio	21,9	20,3	19,9	19,8	22,8	18,5
9512-angiografia con fluoresceina o angioscopia oculare	1,7	1,4	1,8	2,1	1,2	1,5
95411-esame audiometrico tonale	4,9	3,7	5,2	4,5	3,8	4,0

Prestazione	Luino	Saronno	Sesto C.	Somma L.	Tradate	Varese	Tot. Asl
23201-ricostruzione di dente mediante otturazione	5,8	0,4	0,7	1,0	0,4	2,4	1,9
8703-tomografia computerizzata (tc) del capo	1,1	2,1	1,1	0,8	0,7	1,3	1,1
8724-radiografia della colonna lombosacrale	9,6	10,5	8,3	9,3	10,7	10,4	10,2
87371-mammografia bilaterale ⁽¹⁾	23,6	37,2	21,6	25,5	34,9	28,6	28,6
88723-ecocolordopplergrafia cardiaca	5,8	6,5	4,8	4,8	5,2	4,4	4,4
88731-ecografia della mammella ⁽¹⁾	12,1	12,0	16,5	9,0	11,4	17,4	12,5
88735-eco(color)doppler dei tronchi sovraortici	3,1	3,9	3,0	3,3	3,1	2,7	3,5
88741-ecografia dell'addome superiore	6,0	6,7	6,7	7,6	11,3	5,8	7,4
88782-ecografia ginecologica	1,3	1,2	0,7	1,0	0,6	1,0	1,0
88792-ecografia osteoarticolare	1,4	3,7	3,2	2,5	3,3	1,9	2,6
88798-ecografia transrettale ⁽²⁾	0,7	2,6	3,7	5,5	2,2	1,9	3,2
8893-risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	1,1	0,9	0,6	0,8	0,9	0,9	0,9
88992-densitom. ossea con tecnica di assorb. a raggi x	7,5	12,9	2,2	3,8	8,0	9,0	7,5
8924-urolussometria	0,7	2,2	2,5	3,4	2,0	1,0	2,2
89371-spirometria semplice	6,8	12,7	7,1	9,5	6,8	8,7	8,5
8943-test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	3,0	1,8	2,9	2,7	2,0	2,2	2,6
8950-elettrocardiogramma dinamico	3,4	5,9	3,4	2,3	3,8	2,2	3,0
897-visita generale di cui:	219,2	213,7	185,9	197,1	199,1	215,1	203,3
897-08-visita generale-cardiologia	8,3	19,1	11,7	10,2	12,9	12,8	12,8
897-36-visita generale-ortopedia	19,3	19,4	14,1	19,4	14,6	14,6	17,6
897-43-visita generale-urologia	4,8	5,9	5,0	5,9	4,9	7,1	6,0
90423-tiroxina libera (ft4)	22,5	19,3	17,8	15,8	9,3	18,2	16,9
91223-virus immunodef. acq. [HIV] an. quant. di RNA	1,1	1,6	1,3	1,5	1,0	0,9	1,4
91385-es. citologico cervico vaginale [pap test] ⁽³⁾	11,4	7,6	5,4	7,3	27,2	25,7	13,3
91905-test epicutanei a lettura ritardata [patch test]	13,3	14,9	2,4	7,6	15,1	13,4	13,2
92013-scintigrafia tiroidea	1,0	0,6	0,5	0,5	0,9	0,9	0,7
9502-esame complessivo dell'occhio	28,4	19,4	15,8	16,5	13,5	23,3	20,2
9512-angiografia con fluoresceina o angioscopia oculare	1,1	1,7	1,1	1,6	1,9	1,8	1,6
95411-esame audiometrico tonale	3,7	4,4	2,3	3,4	2,8	4,0	4,0

Note: ⁽¹⁾ dati relativi solo alle femmine; ⁽²⁾ dati relativi solo agli adulti (>17 anni); ⁽³⁾ dati relativi solo ai maschi.

Editoriale**A. Panà, A. Muzzi**

Il federalismo ed il monitoraggio degli effetti dei servizi sanitari 1

Speciale MESS**L'Epidemiologia degli errori in Sanità**

Interventi di E. Bollero, A. Panà, C. Catananti, A. Muzzi, U.L. Aparo

Indice 7

Parte Scientifica e Pratica**S. Pisani, G. Bertani, F. Fancelli, M.L. Gambino, A. Pavan, L. Macchi**

I consumi di prestazioni sanitarie nella Asl della Provincia di Varese 51

M. Maurici, D. Bonifazi, M. Ferrante, E. Franco, A. Panà

Applicazione del sistema qualità alle attività della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina

Preventiva dell'Università di Roma Tor Vergata: risultati preliminari 71

Note di Aggiornamento**A. Burgio, R. Crialesi, M. Loghi**

Health for All - Italia: un sistema di indicatori sulla sanità e la salute 79

N. Buzzi, I. Mozzetta

Censimento nazionale delle strutture per l'assistenza a motulesi e neurolesi 99

Note di Storia dell'Igiene**A. Pulimeno, A. Boccia**

Le professioni della prevenzione: cenni storici e prospettive 103