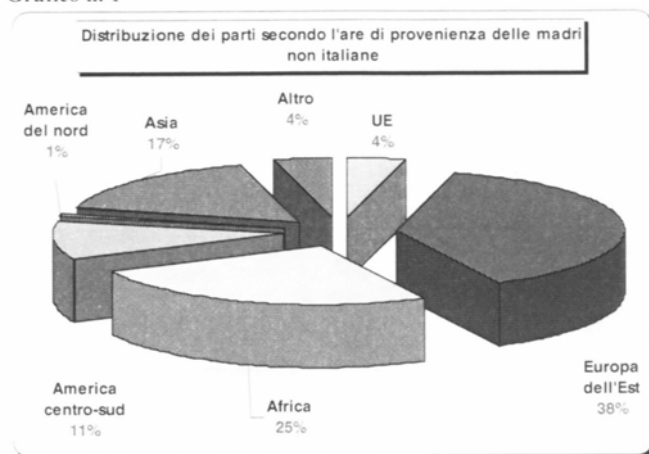


Grafico n. 1



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

Per quanto riguarda l'età, i dati 2003 confermano per le italiane una percentuale di oltre il 50% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche le madri hanno un'età compresa tra 20 e 29 anni (Europa dell'Est 66,5%, Africa 56%, America Centro-Sud 51% e Asia 62%).

Nel corso degli anni è andato crescendo in Italia il numero degli interventi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) effettuato da donne con cittadinanza estera.

Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13904 nel 1998, 18915 nel 1999, 21477 nel 2000, 25316 nel 2001, 29703 nel 2002, 33097 nel 2003 e 36731 nel 2004. Tra queste 36731 effettuate da cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 6045 IVG effettuate da residenti all'estero.

Nel 2004 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 27,2% del dato nazionale (138123 IVG effettuate) e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG dovuto alla più alta presenza di immigrate in tali territori. Ad esempio in quasi tutte le regioni del Centro-Nord la percentuale di IVG riguardanti donne con cittadinanza straniera supera il 25%, sfiorando o superando in molti casi il 30%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

La Tabella n. 3 riporta i dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2004, hanno fatto ricorso all'IVG, secondo il continente di provenienza.

Tabella n. 3 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza cittadinanza - Anno 2004

Regione	CITTADINANZA STRANIERA							Totale IVG
	EUROPA DELL'EST	ALTRI PAESI EUROPEI	AFRICA	AMERICA DEL NORD	AMERICA DEL SUD	ASIA	OCEANIA	
Piemonte	2.324	38	817	0	568	149	1	3.897
Valle d'Aosta	5	3	14	0	8	2	0	32
Lombardia	3.159	147	1.803	10	2.910	1306	6	9.341
P.A. di Trento	185	7	51	0	42	8	0	293
P.A. di Bolzano	83	4	26	1	15	17	0	146
Veneto	1.698	40	656	0	173	409	2	2.978
Friuli-Venezia Giulia	361	21	170	3	54	58	0	667
Liguria	26	364	140	0	732	59	0	1.321
Emilia Romagna	2.096	62	1.118	0	344	595	0	4.215
Toscana	1.471	51	352	15	453	449	3	2.794
Umbria	571	12	122	2	167	35	0	909
Marche	478	21	159	1	115	101	0	875
Lazio	3.648	93	384	16	788	448	1	5.378
Abruzzo	361	9	63	0	32	57	1	523
Molise	40	0	6	0	5	1	0	52
Campania	1.144	22	111	7	74	68	0	1.426
Puglia	354	12	75	0	16	25	0	482
Basilicata	20	0	3	0	2	2	0	27
Calabria	314	7	25	2	20	20	0	388
Sicilia	174	23	106	2	19	88	0	412
Sardegna	83	6	31	5	11	31	0	167
Totale	18.595	942	6.232	64	6.548	3.928	14	36.323

Fonte: Ministero della Salute

Uno degli obiettivi del DDL “Norme per la tutela dei diritti della partorientente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”, proposto dal Ministro Turco, di cui è in corso l’iter procedurale, è contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche mediante l’adozione del modello operativo basato sull’offerta attiva e migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l’attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate, favorendone l’integrazione.

La legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, è uno strumento per il contrastare e la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili a tutela della salute fisica e psichica delle donne e delle bambine provenienti da Paesi dove queste pratiche si effettuano. L’art. 4 della stessa legge, relativo alla formazione del personale sanitario, prevede l’emanazione da parte del Ministero della Salute di Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di cui all’art. 583-bis del codice penale per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche; tali Linee guida sono in corso di predisposizione.

BOX COMMISSIONI/STUDI MINISTERIALI

Commissione per l’elaborazione delle Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, istituita con Decreto Ministeriale 6 settembre 2006 e successiva integrazione, in corso.

3.3.7 La salute della popolazione detenuta adulta negli istituti penitenziari italiani

La salute della popolazione carceraria è nel nostro Paese specifico oggetto di attenzione e la sua tutela è garantita dalla rete organizzativa della sanità penitenziaria con il concorso del Servizio Sanitario Nazionale. Al riguardo, è da sottolineare che è ancora in via di attuazione il dettato normativo che prevede un nuovo assetto di assistenza ai detenuti la cui gestione dovrebbe essere affidata anche formalmente al SSN.

L'assistenza sanitaria alle persone detenute riconosce tre livelli d'intervento che vanno dalla assistenza sanitaria di base alle visite specialistiche anche con tecnologia sanitaria praticata in regime detentivo, fino al carico di problematiche cliniche di media complessità o trattamento di patologie croniche, indipendentemente dalla struttura penitenziaria ospitante.

I problemi di salute della "comunità penitenziaria" sono del tutto peculiari rispetto a quella della popolazione generale. Ciò è dovuto alle specifiche caratteristiche sociodemografiche dei detenuti in rapporto all'età, genere, provenienza geografica e composizione sociale. Inoltre la convivenza in promiscuità rappresenta un fattore di rischio specifico per la diffusione di patologie infettive. A tal proposito si ricorda che l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha raccomandato a tutti gli stati membri specifiche misure per la prevenzione della TBC (Tubercolosi).

Qui di seguito si presentano i dati forniti dal Centro Elaborazioni Dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, relativi alle caratteristiche della popolazione carceraria nel periodo 2004-2005.

Presentazione e discussione dei dati

I Servizi e le attività di cura

L'assistenza sanitaria alle persone detenute riconosce tre livelli d'intervento:

Il primo livello comprende i servizi di base (visite urgenti, visite mediche a richiesta e periodiche, medicina preventiva);

il secondo livello comprende sia le visite specialistiche che le prestazioni che richiedono l'impiego di tecnologia sanitaria praticabili comunque in regime detentivo;

il terzo livello è quello assicurato presso i Centri Clinici dell'Amministrazione Penitenziaria o presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, rivolto alla soluzione di problematiche cliniche di media complessità o al trattamento di patologie croniche.

Tutta la popolazione detenuta può usufruire dei servizi elencati, indipendentemente dalla struttura penitenziaria ospitante.

Sono comunque a disposizione presso gli Ospedali Pubblici posti letto dedicati (legge 26 luglio 1975, n. 354 e art. 17 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1976 e successive modificazioni), nel caso che le risorse interne del SSP (Sistema Sanitario Penitenziario) non siano congrue con la necessità di un'adeguata assistenza sanitaria.

Dal 2002 sono sorti tre Reparti Ospedalieri dotati di autonomia organizzativa e gestionale così come previsto dall'art. 7 della legge 296/1993, dove ricoverare detenuti con patologie che non possono trovare adeguata risposta in regime detentivo (2002 - Medicina V: Azienda Ospedaliera "S. Paolo" di Milano, 19 posti letto 2005 - U.O.C. Medicina Protetta: Azienda Ospedaliera "S. Pertini" di Roma, 20 posti letto 2006 - U.O. di Malattie infettive in Ambito Penitenziario: Ospedale "Belcolle" di Viterbo, 12 posti letto).

La popolazione carceraria e le patologie prevalenti

Nel corso degli ultimi 12 anni la popolazione detenuta è più che raddoppiata raggiungendo nel 2005 il numero di 82.864 nuovi ingressi.

Provenienza geografica

La popolazione detenuta straniera ha mostrato un deciso incremento passando dai 10.072 del 1990, pari al 15,3% di tutti i detenuti nuovi giunti, fino ai 31.873 pari al 38,5% del 2005.

Le nazionalità estere più rappresentate sono nell'ordine, Marocco, Albania, Tunisia ed altri paesi africani, Romania.

Distribuzione per genere

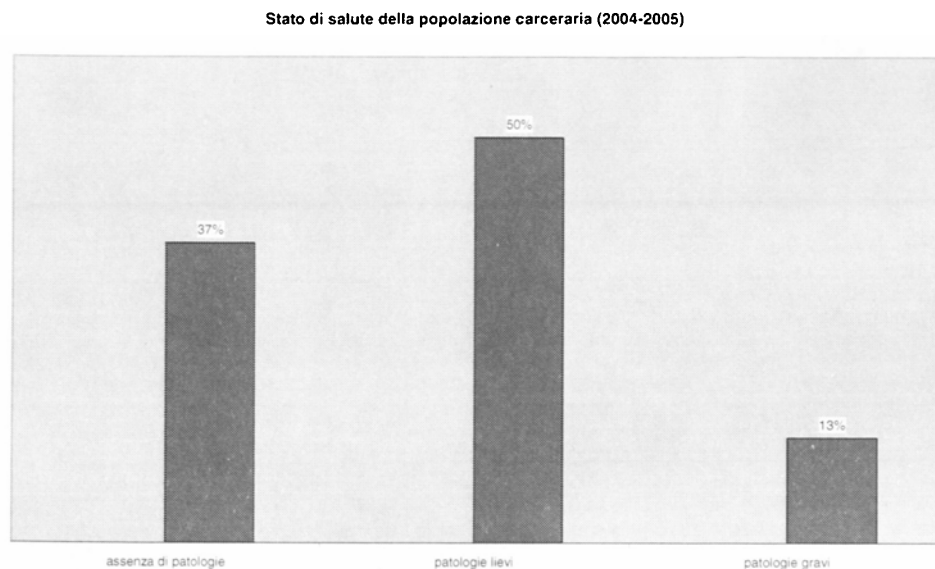
Si mantiene costante negli anni una nettissima prevalenza maschile. Al 31 dicembre 2005 tra i detenuti italiani si avevano 56.719 maschi (95,3 %) e 2.804 femmine (4,7 %). L'Ordinamento Penitenziario Italiano (Legge 354/75) consente alle detenute madri di tenere con loro i propri figli fino all'età di tre anni. La presenza media giornaliera dei bambini è pari a 79. Viene fornito anche il dato relativo alla presenza media di donne in gravidanza che è pari a 237.

Distribuzione per classi di età

La classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 30 – 34 anni con 11.205 presenze su un totale di 59.523. Da notare che il 66% circa dell'intera popolazione ricade nella fascia di età 25-44.

Patologie prevalenti

Da una rilevazione iniziato nel 2004 e concluso nel 2005 su 117.217 schede sanitarie è emerso che, all'atto della visita di ingresso in Istituto, il 37% della popolazione detenuta non presentava problematiche sanitarie di rilievo; il 50% presentava patologie di lieve entità, mentre nel restante 13% erano presenti stati morbosi di gravi (Grafico 1).

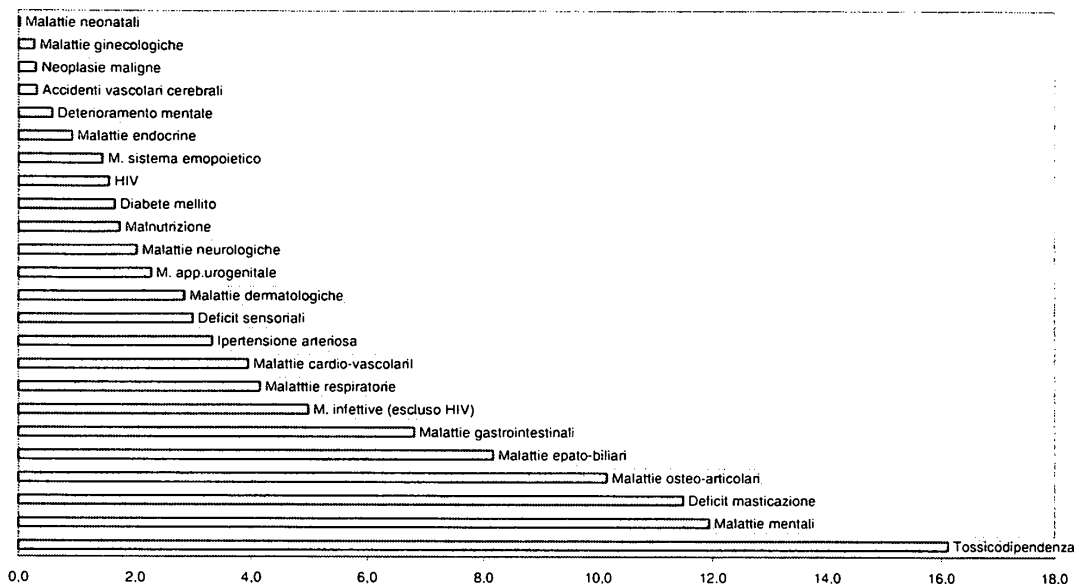
Grafico 1

Fonte: Centro Elaborazione Dati del D.A.P.

La distribuzione delle patologie (grafico 2) è coerente con le caratteristiche della popolazione carceraria.

La tossicodipendenza è la patologia prevalente con un valore pari a circa il 16%. Seguono le malattie mentali pari a circa il 12%; quindi i disturbi della masticazione (11,5%) e le malattie osteo-articolari (10,2%); tale ultimo dato merita un approfondimento, considerando l'età giovanile prevalente, anche se in tale categoria vengono comprese le patologie ad origine post traumatica. Altre patologie degne di nota sono quelle epato biliari, probabilmente correlate alle infezioni da epatite cronica di origine virale (HBV e HCV); seguono le malattie gastro intestinali e le malattie infettive.

Va sottolineato che i dati forniti sono cumulativi, mentre per approntare idonee misure di prevenzione e trattamento sarebbe necessario disporre di dati disaggregati per classi di età e genere.

Grafico 2**Le patologie prevalenti nella popolazione carceraria (2004-2005)**

Fonte: Centro Elaborazione Dati del D.A.P.

Tossicodipendenza

La prevalenza dei detenuti che dichiara una tossicodipendenza per via endovenosa si è mantenuta stabile negli ultimi 12 anni, con un valore tra il 25-30%.

Lo stato di tossicodipendenza rappresenta il fenomeno socio-sanitario più studiato negli ultimi 20 anni. La collocazione di detenuti tossicomani in strutture non sanitarie implica necessariamente una difficoltà operativa e gestionale, in considerazione anche del fatto che difficilmente essi accettano un intervento di recupero all'interno di un istituto penitenziario. Pertanto sono stati predisposti dei circuiti c.d. a "custodia attenuata", intesa come recupero del soggetto, destinati a quei detenuti tossicodipendenti che hanno accettato di sottoporsi ad un programma di recupero e che nel 2005 ha coinvolto 620 soggetti.

Con l'emanazione del T.U. n. 309/90, il Servizio Sanitario Nazionale era stato chiamato ad assumere un ruolo di rilievo nella gestione della tossicodipendenza anche in ambito penitenziario attraverso i Servizi per le tossicodipendenze, c.d. Sert, istituiti dalle Unità Sanitarie Locali. Dal canto suo l'Amministrazione Penitenziaria è attiva per assicurare un'adeguata assistenza ai detenuti affetti da dipendenza patologica, mediante la predisposizione di un intervento globale assistenziale e trattamentale. E' ancora da valutare l'efficacia del D.Lvo. 230/99 che ha formalizzato il passaggio dell'assistenza ai tossicodipendenti alla gestione dei Sert pubblici.

Malattia da HIV

La popolazione tossicodipendente per via iniettiva rappresenta una popolazione a rischio per l'AIDS. Al 31 dicembre 2005 la popolazione sieropositiva all'HIV detenuta negli Istituti penitenziari italiani era di circa 4.500 pazienti secondo i dati del D.A.P. Appare importante segnalare il decremento percentuale della prevalenza della sieropositività all'HIV dal 9.7% rilevato al 31/12/1990 al 2.6% del 31/12/2005 nella popolazione carceraria nonché quello della prevalenza di sieropositività all'HIV nei detenuti tossicodipendenti per via iniettiva dal 32,6% all'8.1%. Tuttavia, queste importanti variazioni, sembrerebbero sottostimate rispetto ai tassi di sieropositività per HIV rilevati dai Servizi Territoriali per le tossicodipendenze (Ser.T.) in cui la sieropositività per HIV ha subito delle variazioni sempre in termini di decremento molto meno marcate (nei soggetti maschi già in carico dal 16,7% del 2000 al 14,9% del 2005 mentre nelle femmine dal 26% del 2000 al 23.1 del 2005).

Dai dati ufficiali del D.A.P. i detenuti con diagnosi di AIDS sono aumentati dall'1.6% del 31/12/1990 ad 11,9% del 31/12/2002, ma questo dato è suscettibile di attenta valutazione giacché la legislazione in vigore dal 1990, modificata da parte della Corte Costituzionale, portò ad una minore scarcerazione per motivi di salute. I dati, invece, del Centro

Operativo AIDS (C.O.A.) dell'Istituto Superiore di Sanità mostrano una diminuzione da 280 (1993) a 101 (2002), con un rapporto stabile, intorno al 7-8%, rispetto ai sieropositivi noti.

Più basse sono anche le percentuali della popolazione straniera interessata dall'infezione da HIV; i dati ufficiali del D.A.P. indicano che nei 16.636 stranieri detenuti alla data del 31/12/2002 i test di screening presentavano una sieroprevalenza del 3,9%.

Malattie Mentali

Si è detto sopra che le patologie mentali rappresentano il 16% di tutte le patologie riscontrate. Il dato percentuale rilevato riflette l'attualità del problema e la forte rilevanza che la salute mentale riveste nella popolazione carceraria. Allo stato attuale è da segnalare come l'organizzazione dell'assistenza risenta dell'incompletezza del quadro normativo sulla sanità penitenziaria.

Emerge la necessità che l'assistenza sanitaria per il detenuto sia organizzata in maniera tale che l'intervento psichiatrico abbia una sua continuità anche attraverso forme di collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.). Sono stati attivati appositi reparti all'interno di dieci istituti penitenziari, in attuazione di un apposito Programma Esecutivo d'Azione denominato: "Realizzazione reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art. 112 D.P.R. 230/00 in ogni Provveditorato". Attualmente non è possibile avere statistiche circa la loro utilizzazione; si può però affermare che in media vengono richieste dagli istituti circa 700 osservazioni psichiatriche l'anno e che solo una minima percentuale di queste viene svolta presso gli O.P.G.

Si rende sempre più urgente l'attivazione di specifici protocolli d'intervento per la prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali nella popolazione carceraria, attraverso la creazione di un rapporto stabile con il SSN per garantire la continuità di cura anche dopo il periodo detentivo, così come dopo la dimissione dagli OPG.

Specifica attenzione bisogna dedicare al fenomeno dei suicidi che si presenta con un valore di 17 volte superiore a quella della popolazione generale, avviando studi specifici sui fattori di rischio.

Detenuti con disabilità motoria

Nel 2005 è stata effettuata una rilevazione sul numero di detenuti con disabilità motoria presenti negli Istituti penitenziari italiani: è emerso un numero complessivo, a prescindere dalla gravità della disabilità, di 387 persone. Dalla rilevazione del 2005 si può dedurre poi che i detenuti non autosufficienti sono circa 40 unità.

Gli Istituti che accolgono detenuti con disabilità sono sparsi uniformemente sul territorio nazionale. In particolare, quelli di Bari e Parma accolgono detenuti disabili non autosufficienti con un numero di posti letto pari a 17. È in via di realizzazione un analogo reparto presso l'Istituto di Catanzaro.

Sono in via di realizzazione i reparti di livello intermedio per detenuti disabili autosufficienti presso gli istituti di Busto Arsizio, S. Maria Maggiore (Triveneto), Genova Pontedecimo, Trieste.

Sono presenti alcune stanze opportunamente attrezzate per l'accoglienza di detenuti disabili autosufficienti presso gli istituti di Reggio Emilia, Massa, Roma Rebibbia N.C., Napoli Secondigliano, Palermo Ucciardone, Palermo Pagliarelli, Caltanissetta, Messina.

Tra le patologie più gravi si annoverano quelle da trauma vertebro-midollare comprese le ferite da armi da fuoco, da esiti di malattia cerebrovascolare, amputazioni, sclerosi multipla, da esiti di poliomielite, neuropatie diabetiche.

Indicazioni per la programmazione

Ferma restando l'esigenza di fornire risposte adeguate ed efficaci ai problemi di salute riscontrati, in considerazione anche delle caratteristiche socio demografiche della popolazione carceraria, specifica attenzione va dedicata a quegli stati patologici maggiormente a rischio di produrre disabilità e non autosufficienza; ci si riferisce in particolare alla tossicodipendenza e alle malattie mentali. Tali patologie comportano la stesura di programmi terapeutico riabilitativi a lungo termine che possono essere realizzati soltanto con il concorso dei servizi pubblici e privati accreditati, onde garantire la continuità della presa in carico.

È necessario rimarcare l'attenzione sui problemi sanitari dei detenuti, garantendone salute e recupero sociale; per questo è necessario monitorare i punti critici e attuare specifici programmi volti a ridurre le differenze esistenti.

È necessario attivare un sistema di sorveglianza e raccolta dati epidemiologici integrata.

È necessario in ultimo, come già ricordato precedentemente, completare il quadro normativo di riforma sanitaria penitenziaria, prevedendo il coinvolgimento di tutte le Regioni nella partecipazione e nella gestione responsabile della spesa.

3.4 Qualità, sicurezza dei cittadini, governo e rischio clinico

3.4.1 Monitoraggio costante dei LEA

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 sono stati definiti i Livelli essenziali di assistenza (LEA), individuati in termini di prestazioni e servizi da erogare ai cittadini. coerentemente con le risorse programmate del SSN. L'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplate nei LEA deve avvenire in condizione di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza.

Il compito di aggiornare progressivamente l'insieme dei servizi e delle prestazioni erogabili alla luce dei fattori scientifici, tecnologici ed economici, coerentemente con le risorse definite è affidato alla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA. La Commissione lavora con un percorso metodologico che indaga sulla effettiva pertinenza, rilevanza, efficacia, equità e compatibilità economica delle attività e prestazioni incluse o da includere nei LEA: la Commissione individua inoltre principi e criteri utili a specificare l'effettivo contenuto dei LEA garantiti ai cittadini lì dove il decreto ha definizioni eccessivamente generiche e lacunose.

La garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini è disciplinata dal decreto ministeriale 12 dicembre 2001, che, emanato ai sensi del decreto legislativo 56/2000, fornisce un set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Di fatto il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale avviene attraverso una serie di informazioni che, raccolte ed opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza e costo.

La misurabilità dei risultati di salute e dell'impatto degli interventi sanitari è divenuta nell'opinione degli operatori e programmatori sanitari nazionali e regionali una condizione essenziale per l'efficienza e l'efficacia dell'azione di coloro che erogano le prestazioni sanitarie. Tenere sotto controllo il livello quantitativo di raggiungimento degli obiettivi e dei benefici finali attesi, rende possibile un intervento tempestivo sulle criticità e getta le basi per il miglioramento del sistema.

Gli indicatori di monitoraggio dei livelli di assistenza tra le Regioni, manifestano evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane e sottolineano costantemente l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali. E' ancora presente su molti aspetti dell'assistenza sanitaria un forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro settentrionali, e all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili.

La garanzia dei Livelli essenziali di assistenza non è altro che il dotarsi di strumenti valutativi che colgano le disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi, eliminando gli effetti delle differenze reali esistenti nella struttura demografica, sociale ed economica della popolazione.

PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

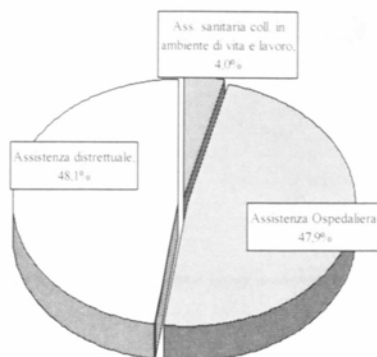
Gli indicatori di monitoraggio del sistema sanitario italiano investono tutti i livelli di assistenza e si esplicano in termini di costo, di attività, di risorse. Per alcuni settori dell'assistenza sanitaria consentono anche valutazioni di appropriatezza, qualità e outcome. La pubblicazione dei risultati del monitoraggio avviene attraverso un rapporto nazionale ad ampia diffusione, a cadenza periodica annuale disponibile sul sito del Ministero della Salute alla pagina <http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezDocLea.jsp?label=rmo>.

Nel presente capitolo si riportano alcuni indicatori sintetici che forniscono elementi interessanti per comprendere l'aspetto dell'erogazione dei livelli di assistenza in Italia e le principali differenze territoriali.

La qualità dei dati, necessari all'elaborazione degli indicatori, è, anno dopo anno, in via di miglioramento, anche se per alcune tipologie di assistenza persistono ancora alcune difficoltà di acquisizione delle informazioni in modo uniforme ed omogeneo. Le varie criticità sono imputabili sia al diverso grado di sviluppo dei flussi informativi regionali, sia alla differente organizzazione nell'offerta dei servizi.

I tre indicatori quali il costo percentuale del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, il costo percentuale del livello di assistenza distrettuale e il costo percentuale del livello di assistenza ospedaliera rappresentano una grossolana ma sintetica e valida misura di monitoraggio dei costi sostenuti per l'erogazione dei tre diversi livelli di assistenza.

Nell'anno 2004 la spesa sanitaria risulta equamente distribuita tra i due principali livelli di assistenza con il 48% circa ed il restante 4% imputato all'assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro (Grafico 1).

Grafico 1 Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli di assistenza Anno 2004

Fonte: Ministero della salute

Per quanto concerne i dati regionali riguardo l'incidenza percentuale dei costi dei tre livelli di assistenza (Tabella 1), 9 regioni risultano avere un costo percentuale di assistenza distrettuale superiore al corrispondente costo dell'assistenza ospedaliera, mentre le altre 12 regioni, con un costo della distrettuale inferiore all'ospedaliera, risultano in contro tendenza rispetto alle indicazioni programmatiche di potenziamento delle attività afferenti al territorio e alla prevenzione.

Tabella 1 Incidenza percentuale dei costi sostenuti per i LEA Anno 2004

Regione di ricovero	Macro voci economiche		
	Ass. sanitaria coll. in ambiente di vita e lavoro	Assistenza distrettuale	Assistenza Ospedaliera
Piemonte	4.38%	46.79%	48.83%
Valle D'Aosta	5.81%	48.78%	45.41%
Lombardia	4.10%	48.84%	47.06%
P.A. Bolzano	4.18%	47.58%	48.24%
P.A. Trento	3.37%	49.24%	47.39%
Veneto	3.83%	46.93%	49.24%
F.V. Giulia	2.90%	46.26%	50.84%
Liguria	3.14%	47.55%	49.31%
E. Romagna	4.31%	48.63%	47.06%
Toscana	4.61%	49.45%	45.94%
Umbria	4.59%	46.15%	49.26%
Marche	3.80%	49.26%	46.93%
Lazio	3.49%	49.38%	47.12%
Abruzzo	4.29%	46.37%	49.35%
Molise	5.39%	45.63%	48.98%
Campania	4.59%	45.88%	49.54%
Puglia	3.32%	48.05%	48.63%
Basilicata	5.54%	46.44%	48.02%
Calabria	4.83%	45.09%	50.08%
Sicilia	2.59%	51.15%	46.26%
Sardegna	4.99%	48.74%	46.27%
Italia	3.97%	48.12%	47.91%

Fonte: Ministero della salute