

L'USO DEI SERVIZI OSPEDALIERI DEI RESIDENTI ITALIANI E STRANIERI NEGLI
ULTIMI ANNI: UN'ANALISI COMPARATIVA TRA LE MARCHE E LA SARDEGNA

Sergio POLLUTRI¹

SOMMARIO

La scheda di dimissione ospedaliera fornisce numerose informazioni, dati statistici sulla popolazione che usufruisce dei servizi sanitari: l'Osservatorio sul Fenomeno Immigrazione di Macerata elabora ed utilizza questi dati e gli indicatori ricavati per effettuare comparazioni fra le diverse nazionalità residenti anche nei singoli comuni.

Il presente studio, partendo dall'esperienza sviluppata, effettua un'analisi dei dati a livello regionale, confrontando la popolazione italiana con quelle straniere residenti nei comuni sardi e marchigiani nell'ultimo periodo disponibile (2010-2015), utilizzando la suddivisione del territorio in "poli" e "aree" a diverso grado di perifericità sviluppata dell'Agenzia per la Coesione Territoriale.

Oltre al tasso di ospedalizzazione e al periodo medio di degenza, sono stati calcolati e analizzati alcuni indicatori sanitari dell'Osservatorio Nazionale sulla salute delle regioni italiane e ricavabili dalle dimissioni ospedaliere: questo fornirà un quadro generale in merito sia alla struttura della popolazione residente e ospedaliera, sia alle potenzialità di salute ricavabile da alcune diagnosi e interventi contenute nelle cartelle cliniche desunte dai ricoveri.

Ulteriori spunti di riflessione sono suggeriti analizzando, per ultimo, alcune categorie di popolazione specifiche quali le donne partorienti, i minori e gli anziani.

¹ Istat, DIRM, RMC sede per le Marche, via Castelfidardo 4, 60121, Ancona, e-mail: pollutri@istat.it.

1. Introduzione e descrizione metodologica²

I dati ricavati dalle schede di dimissioni ospedaliere (SDO) e presentati nelle annuali edizioni del Rapporto Immigrazione in provincia di Macerata³, curato dall'Osservatorio sul Fenomeno Immigrazione (OFI) hanno permesso una migliore conoscenza in merito all'utilizzo dei servizi sanitari dalle diverse nazionalità residenti nel territorio, effettuando un confronto sia fra le diverse comunità di stranieri sia con gli italiani usufruenti dei medesimi servizi.

Le caratteristiche demografiche dei residenti in regime di ricovero, le cause (diagnosi), gli interventi effettuati e le strutture coinvolte, assieme alle tipologie e alle caratteristiche degli istituti sanitari rappresentano una discreta mole d'informazioni con le quali effettuare diverse analisi grazie all'apporto di dati statistici d'ottima qualità.

In questi anni, all'interno dell'OFI è stato effettuato uno studio progettuale per poter sintetizzare tutte le informazioni ricavabili a livello comunale in alcuni indicatori sintetici che consentissero un confronto più agevole su argomenti sanitari e fra territori eterogenei, anche se appartenenti ad altre province e regioni.

Questo avrebbe permesso l'utilizzo dei dati sull'uso dei servizi ospedalieri per osservare con maggiore pertinenza differenze e somiglianze della popolazione residente straniera in ambito sanitario e di salute con quella italiana, allo scopo di creare conoscenza per (eventualmente) migliorare, modificare, creare politiche attive nelle zone oggetto d'esame.

In questa esperienza progettuale i dati delle dimissioni ospedaliere sono stati esaminati da molteplici punti di vista in molti territori italiani, ma è servita soprattutto per migliorare la scelta delle informazioni da analizzare e l'individuazione degli argomenti da vagliare, recependo numerosi stimoli anche dalle tecniche e metodologie utilizzate dal Sistema Sanitario Nazionale e dal Ministero della Salute.

Inoltre, l'esperienza precedente aveva l'ambizione di tentare un'analisi che individuasse le differenze fra le popolazioni italiana e straniera in tema di diseguaglianza sociale e di salute "(Tognetti Bordogna, 2012)" e quindi osservare quali fossero i fattori di natura socio-economica (oltre a quelli culturali e agli "stili di vita") che influissero nelle scelte degli individui in ambito sanitario e come potessero essere ricavate informazioni utili dalle statistiche e dalle fonti di dati amministrativi presenti e disponibili.

Per la società immigrata, ma per alcuni aspetti anche per la società "autoctona", si assiste ad una limitazione delle risorse accompagnata da notevoli asimmetrie, congiunta ad una presenza di ostacoli che limitano l'accesso all'assistenza sanitaria, in particolare per quei soggetti con maggiori e specifiche necessità (donne, anziani, bambini) "(Pasini, 2011)".

Quando si fa riferimento ad un territorio, un ruolo cruciale lo ricopre anche la presenza o meno di strutture sanitarie in grado di soddisfare, almeno parzialmente, una serie di "bisogni" primari della popolazione residente, tuttavia la diversa natura amministrativa dei dati disponibili (quando lo sono) non permette una piena comparabilità del dato e quindi una chiara analisi comparativa risulta piuttosto difficile "(Pullini, 2011)".

Per questo studio attuale sono state scelte le SDO poiché offrono maggiori garanzie di univocità e di confrontabilità, ma soprattutto individuano con chiarezza quali siano le caratteristiche mediche che hanno portato al ricovero di un soggetto e alla sua dimissione, oltre a tutte le informazioni demografiche e cliniche presentatesi durante la permanenza del paziente nell'istituto sanitario.

Inoltre, nonostante la numerosità delle schede di dimissione ospedaliera (non meno di 9 milioni ogni anno in tutto il territorio nazionale) è stato necessario, in questo studio, ampliare l'arco temporale dei dati esaminati, sia per evitare tipologie di ricovero dovute a fenomeni isolati (per esempio: anziani in crisi per un

² Le opinioni espresse in questo lavoro sono quelle dell'autore e non impegnano la responsabilità delle istituzioni a cui appartiene.

³ Il Rapporto ha un sito web (http://www.comunicazione.macerata.it/ofi_itc/) e le ultime edizioni sono disponibili sul sito della Prefettura di Macerata (http://www.prefettura.it/macerata/contenuti/Osservatorio_immigrazione-55720.htm) e fra le pagine regionali del sito web dell'Istat: (<http://www.istat.it/it/archivio/marche>).

ondata di calore estivo eccezionale) sia per rafforzare su un lungo periodo le analisi su fattori di tipo sanitario e ospedaliero, trasformando i numeri annuali dei singoli fenomeni in tendenze medie più verificabili e confrontabili.

La serie storica individuata (dal 2010 al 2015, sei anni: gli ultimi disponibili) appare proporzionata, abbastanza “robusta”, numericamente rilevante e, quindi, permette confronti statistici più pertinenti.

La scelta di analizzare i territori comunali sardi e marchigiani proviene soprattutto dalla già citata esperienza progettuale dell’OFI in cui la disamina era limitata alle regioni con una popolazione complessiva numericamente vicina a quella delle Marche (Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Liguria, Sardegna) ed il confronto era avvenuto sui dati ospedalieri e sanitari in comuni raggruppati in diverse fasce demografiche.

In questo studio si preferirà, invece, un diverso raggruppamento fra comuni, inserendo un nuovo parametro che tenga conto della disponibilità sanitaria, ossia la presenza di strutture ospedaliere o similari nei pressi del comune di residenza e la sua accessibilità, uno dei fattori principali in termini di disegualianza.

1.1. L’aggregazione dei comuni in centri ed aree a diverso grado di perifericità

La scelta del territorio comunale come unità territoriale di analisi minima sembra appropriata per comprendere fenomeni di carattere sociale come quelli legati alla salute degli individui, tuttavia pone alcuni problemi dal punto di vista statistico poiché la struttura demografica di una buona parte del Paese è composta da piccoli e piccolissimi comuni con scarsa popolazione, per cui la costruzione di indicatori significativi e confrontabili a livello comunale può risultare difficile.

Inoltre un confronto tra comuni molto diversi a livello demografico non offre spunti significativi, ma per motivi analoghi non appare altrettanto utile effettuare raggruppamenti secondo le suddivisioni standard a livello provinciale, poiché spesso, in ambito sanitario, la dimensione amministrativa propria della provincia viene superata da quella della distanza, vicinanza o lontananza, dei presidi ospedalieri in grado di offrire una serie minima di servizi medici diversi da quelli di base.

Per questo motivo e per migliorare la chiave di lettura dei fenomeni in ambito sanitario si è scelto di utilizzare la suddivisione in “centri” e “aree interne” effettuata dall’Agenzia della Coesione Territoriale “(ACT 2014)” che offre una lettura policentrica dei territori italiani caratterizzata da una rete di comuni o aggregazioni di comuni (“centri di offerta di servizi”) attorno ai quali gravitano aree con diversi livelli di “perifericità spaziale”.

Questi “centri di offerta di servizi” (singolo comune o insieme di comuni confinanti) vengono individuati dalla capacità di offrire simultaneamente una serie di servizi considerati essenziali per la popolazione residente nel territorio (la presenza di tutte le scuole superiori, di ospedale con Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di primo livello e stazioni ferroviarie con servizi di media-lunga percorrenza o con almeno 4000 frequentatori medi al giorno).

Poi si identificano i restanti comuni con un indicatore che misura l’accessibilità a questi centri (denominati “poli”) calcolata in minuti di percorrenza e che li suddivide in quattro gruppi: aree di cintura, aree intermedie, aree periferiche e aree ultra periferiche; questa classificazione è basata dunque sull’ipotesi che identifica nella “lontananza” dai servizi ritenuti essenziali la caratterizzazione di un territorio comunale e la sua appartenenza ai quattro gruppi determinati.

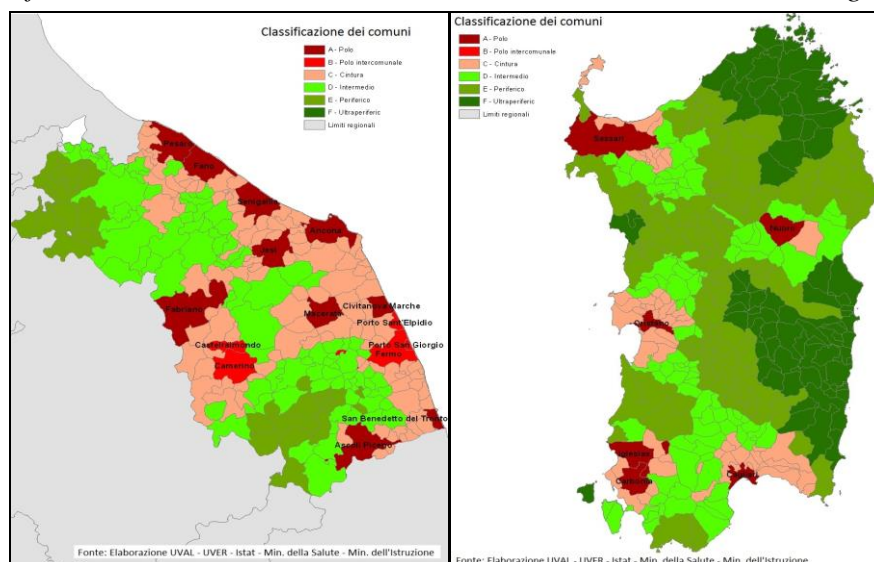
I sei gruppi complessivi vengono quindi raggruppati in due grandi aggregazioni, “centri” e “aree interne”: nella macro area “centro” sono compresi tutti quei comuni che distano meno di 20 minuti dai servizi essenziali suddetti mentre i centri, a loro volta, sono classificati in polo, polo intercomunale e cintura a seconda dei servizi presenti e del tempo impiegato per raggiungerli.

Le “aree interne”, invece, si distinguono in tre fasce: aree intermedie, aree periferiche e aree ultra periferiche, sempre in base al tempo di accessibilità ai servizi individuati.

La caratteristica di considerare “centrale” la presenza di un ospedale in un comune ha influito positivamente nella scelta di utilizzare poli e aree individuate dall’ACT per raggruppare gli eterogenei comuni nelle due regioni esaminate in questo studio.

Questo approccio permette un confronto fra un insieme di territori con caratteristiche sociali ed economiche diverse, ma accomunati proprio grazie alla distanza dal “fattore ospedaliero”, vettore primario utilizzato per queste analisi sulle popolazioni.

Figura 1 – Classificazione dei comuni in centri ed aree interne – Marche e Sardegna



Fonte: sito web ACT

Si nota la mancanza di comuni in aree interne ultra periferiche nelle Marche (in cui occorrono più di 75 minuti a raggiungere un polo singolo o intercomunale) e di comuni nei poli intercomunali in Sardegna (nelle Marche ce ne sono due), ma quello che appare con chiarezza è la maggiore concentrazione dei territori comunali marchigiani nelle tre casistiche di centro, contrariamente a quelli sardi che si raggruppano soprattutto nelle altre tre tipologie di aree interne.

L’elaborazione dei dati censuari mostra ancora meglio le diversificazioni tra centri e aree interne nei territori marchigiani e sardi in termini di distribuzione della popolazione per nazionalità.

Tabella 1 - Valori demografici nei centri e nelle aree interne al censimento del 2011

Class. comuni ACT	n. com.(v.a.)		n. com.(%)		pop. ital.(%)		pop stran.(%)		pop. tot.(%)	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	11	6	4,7	1,6	37,0	24,2	35,1	27,9	36,9	24,3
B - Polo intercomunale	8	...	3,4	...	8,6	...	9,4	...	8,7	...
C - Cintura	112	53	47,5	14,1	39,7	23,6	39,9	15,6	39,7	23,4
D - Intermedio	80	93	33,9	24,7	12,8	17,4	13,7	12,0	12,9	17,3
E - Periferico	25	159	10,6	42,2	1,8	21,3	1,9	18,9	1,9	21,3
F - Ultra periferico	...	66	...	17,5	...	13,4	...	25,6	...	13,7
Tot. regionale (in migl.)	236	377	100,0	100,0	1408,1	1608,7	133,2	30,7	1541,3	1639,4

Fonte: elaborazioni su dati Istat (<http://dati-censimentopopolazione.istat.it/Index.aspx>)

Solo nei territori delle aree intermedie ci sono valori abbastanza simili fra le due regioni: per il resto dei comuni la differenza si presenta piuttosto marcata e la distribuzione demografica conferma quanto accennato nella suddivisione numerica dei comuni; altra peculiarità delle aree interne sarde è quella di concentrare un

maggior numero di residenti stranieri (persino nei comuni ultra periferici) rispetto a quelle marchigiane per cui i numeri assoluti regionali in queste zone appaiono più simili di quanto le percentuali non mostrino.

Tabella 2 – Indicatori demografici nei centri e nelle aree interne al censimento del 2011

Class. comuni ACT	comp. % per nazione				% femmine				% 0-14 anni			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	91,8	97,9	8,2	2,1	52,1	52,9	55,9	57,1	12,3	11,0	18,4	14,4
B - P. intercomunale	90,6	...	9,4	...	51,8	...	53,3	...	12,2	...	20,3	...
C - Cintura	91,3	98,8	8,7	1,2	50,8	50,6	52,5	57,7	13,6	13,2	21,8	14,0
D - Intermedio	90,9	98,7	9,1	1,3	51,1	50,1	53,8	57,6	11,8	12,4	21,5	16,4
E - Periferico	91,1	98,3	8,9	1,7	50,3	50,5	53,4	59,7	10,9	11,5	19,9	14,3
F - Ultra periferico	...	96,5	...	3,5	...	50,3	...	56,5	...	13,1	...	15,6
Tot. regionale	91,4	98,1	8,6	1,9	51,4	51,0	53,9	57,6	12,7	12,2	20,4	14,9

Fonte: elaborazioni su dati Istat (<http://dati-censimentopopolazione.istat.it/Index.aspx>)

Altrettanto simili fra le due regioni appaiono le percentuali rappresentative del genere femminile nelle due partizioni per nazionalità e una maggiore diversità si osserva nei comuni delle zone intermedie (solo per la componente straniera, anche nei centri della zona di cintura); più interessanti appaiono le cifre relative alle classi d'età, basilari quando, più avanti, verranno utilizzate per gli indicatori specifici.

Il differente “peso specifico” delle componenti giovanili ed anziane fra i residenti italiani e stranieri è riportato nelle tabelle 2 e 3: fra le due regioni si osserva una maggiore differenza nella componente giovanile fino a 14 anni in particolare nella popolazione straniera, tuttavia i giovani italiani registrano quote percentuali più elevate nei territori dei centri marchigiani mentre in Sardegna raggiungono proporzioni più alte nei territori delle aree interne.

I comuni delle aree intermedie e periferiche mostrano le minori differenze in entrambe le regioni.

Tabella 3 – Altri indicatori demografici nei centri e nelle aree interne al censimento del 2011

Class. comuni ACT	% 65 anni e più				indice vecchiaia				indice dipendenza			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	26,1	22,1	2,5	2,1	212,5	199,9	13,7	14,4	62,2	49,5	26,5	19,8
B - P. intercomunale	25,9	...	2,9	...	211,8	...	14,1	...	61,5	...	30,1	...
C - Cintura	22,7	16,6	3,1	3,0	167,2	125,1	14,1	21,7	56,9	42,5	33,1	20,6
D - Intermedio	26,8	20,2	4,2	3,5	227,6	163,3	19,7	21,5	62,7	48,4	34,7	24,9
E - Periferico	27,7	22,9	3,7	4,6	255,4	198,7	18,5	32,2	62,8	52,6	30,8	23,2
F - Ultra periferico	...	20,2	...	3,7	...	154,4	...	23,5	...	49,8	...	23,9
Tot. regionale	24,8	20,4	3,0	3,3	195,7	167,4	14,8	22,1	60,1	48,3	30,6	22,2

Fonte: elaborazioni su dati Istat (<http://dati-censimentopopolazione.istat.it/Index.aspx>)

La componente anziana, invece, è più rappresentativa nei comuni marchigiani anziché in quelli sardi, soprattutto fra la popolazione italiana residente nei centri mentre è meno presente fra gli stranieri dei comuni delle aree interne, in particolare quelli periferici; le minori discrepanze fra le due regioni nelle componenti con più di 64 anni si osservano nei territori qualificati come centri della cintura.

L'indice di vecchiaia (il numero di anziani ogni 100 giovani) esalta il maggiore peso della componente anziana italiana in tutti i territori marchigiani mentre per gli stranieri le quote più alte sono nei territori sardi (la minore difformità numerica fra le due regioni si osserva nei comuni della fascia intermedia).

Infine, l'indice di dipendenza (anziani e giovani, cioè popolazione potenzialmente non lavorativa, in rapporto alla popolazione potenzialmente attiva compresa fra 15 e 64 anni) mostra disequaglianze più

marcate fra le due regioni soprattutto nella popolazione residente italiana mentre gli scarti percentuali appaiono minori nella componente straniera.

2. 1. Gli indicatori sanitari e ospedalieri ricavati dalle SDO: descrizione

L'utilizzo dei dati ricavati dalle SDO se da un lato garantisce un ampio ventaglio di informazioni dirette e indirette per disaminare le popolazioni residenti nei territori, dall'altro non contiene altre statistiche comunque necessarie per un confronto esaustivo e completo: la scelta è stata dettata anche da fattori organizzativi, nella consapevolezza che il presente lavoro mostra solo alcuni aspetti, per quanto importanti, dei fattori sanitari senza pretendere di esaurirne l'intera portata.

Sono stati utilizzati le SDO proprio per la versatilità e quindi la possibilità di ricavare da una fonte unica il maggior numero di informazioni, contrariamente ad altre fonti statistiche importanti (cause di morte, interruzioni volontarie di gravidanza, ecc.) che avrebbero necessariamente preteso altrettante attività teoriche e di analisi, ma che, a parere nostro, avrebbero fornito ulteriori dati su specifici argomenti senza permettere un ampliamento del discorso anche in termini generali, nello spirito dello studio progettuale dell'OFI già illustrato.

Nella focalizzazione degli indicatori da utilizzare, un importante contributo è stato fornito dal rapporto che l'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane "(ONSRI, 2017)", in collaborazione con numerosi enti, ministeri e dipartimenti universitari, realizza ogni anno utilizzando una metodologia di analisi comparativa ed indicatori (più di 90) validati a livello internazionale, scelti dall'elenco del Progetto EUPHIN (European Union Public Health Indicators) della Commissione Europea, a cui sono stati aggiunti altri indicatori costruiti per altri aspetti specifici.

Sono stati privilegiati quegli indicatori che potessero offrire un ampio ventaglio di informazioni, organizzati in tre gruppi d'argomenti: il primo gruppo descrive alcune caratteristiche generali delle dimissioni ospedaliere (struttura e tipologia) nelle popolazioni prese in esame, il secondo è incentrato su alcune tipologie di malattie indicative, almeno parzialmente, dello stato di salute ed il terzo è focalizzato sull'ospedalizzazione di popolazioni "vulnerabili" e specifiche (donne, minori e anziani).

Tabella 4 – Indicatori strutturali ricavati dalle SDO anni 2010-2015

<i>Indicatore</i>	<i>Tipo ricovero</i>	<i>per genere</i>	<i>unità</i>	<i>pop. di riferim.</i>	<i>rapporto</i>
Tasso standard SDO			SDO	tutti	n/1000
Tasso RO	Ricovero ordinario	SI (masch. e femm.)	RO	tutti	n/1000
Tasso DH	Day Hospital	SI (masch. e femm.)	DH	tutti	n/1000
Tasso RO per fasce d'età	Ricovero ordinario		RO	pop. 0-14anni	n/1000
	Ricovero ordinario		RO	pop. 15-24anni	n/1000
	Ricovero ordinario		RO	pop. 25-64anni	n/1000
	Ricovero ordinario		RO	pop. 65-74anni	n/1000
	Ricovero ordinario		RO	pop. oltre 75anni	n/1000
% acuti su RO	Ricovero ordinario		RO	RO	n/100
% lungodegenti su RO	Ricovero ordinario		RO	RO	n/100
% ric. riabilitativi su RO	Ricovero ordinario		RO	RO	n/100
RO chirurgici	Ricovero ordinario		RO	RO	n/100
RO medici	Ricovero ordinario		RO	RO	n/100
Degenza media RO	Ricovero ordinario	SI (masch. e femm.)	giorni	RO	giorni/RO

Le tabelle 4, 5 e 6 schematizzano, in sintesi, le specifiche di ogni parametro valutato nei territori marchigiani e sardi; il rapporto dei numeri assoluti con le rispettive popolazioni medie del territorio a cui si riferiscono (con l'eccezione dell'anno 2011 in cui sono stati utilizzati i dati del Censimento della

Popolazione) permette la costruzione di indicatori specifici che facilitano il confronto fra i gruppi di comuni già delineati, superando e relativizzando la diversità numerica (la quale avrebbe reso più difficile un'analisi comparativa fra i diversi territori) dei fenomeni rilevati.

Tabella 5 – Indicatori sugli stati di salute ricavati dalle SDO anni 2010-2015

<i>Indicatore</i>	<i>caratteristiche spec.</i>	<i>fonte</i>	<i>tipo</i>	<i>pop. di riferim.</i>	<i>rapporto</i>
Malattie ischemiche	Ischemiche del cuore	diagnosi princ.	RO	adulti (+25anni)	n/100mila
Mal. cerebro vascolari	Cerebro-vascolari	diagnosi princ.	RO	adulti (+25anni)	n/100mila
Malattie metaboliche	Diabete mellito	diagnosi princ. e sec.	SDO	tutti	n/10mila
Disturbi psichici	Solo acuti	diagnosi princ. e sec.	SDO	tutti	n/10mila
Incidenza tumori	Benigni e maligni	diagnosi princ.	SDO	0-99 anni	n/100mila

Se si esclude l'indicatore d'incidenza di tumori ricavato da una fonte statistica diversa, gli altri indicatori, elencati nelle tabelle 4 e 5, per metodi di calcolo e ipotesi metodologiche sono identici a quelli utilizzati dal rapporto Osservasalute, infatti si è ritenuto di non modificare alcun parametro in virtù della loro validità a livello internazionale già enunciata, nonostante il loro riferimento territoriale sostanzialmente diverso (sommatoria di comuni in questo studio, entità regionali in quel rapporto).

Tabella 6 – Indicatori su specifiche popolazioni ricavati dalle SDO anni 2010-2015

<i>Indicatore</i>	<i>caratteristiche spec.</i>	<i>fonte</i>	<i>tipo</i>	<i>pop. di riferim.</i>	<i>rapporto</i>
Parti cesarei / tot. parti		DRG	SDO	SDO femmine	n/100
Parti cesarei / donne "feconde"		DRG	SDO	femmine 15-49anni	n/1000
Tassi di ospedalizzazione pediatrica e minorile	tot. ricoveri	SDO	SDO	pop. 0-17anni	n/1000
	tot. ricoveri	SDO	SDO	pop. 1-4anni	n/1000
	tot. ricoveri	SDO	SDO	pop. 5-14anni	n/1000
Minori 60	Tonsillectomia e adenoidectomia	DRG	SDO	SDO fino a 17anni	n/1000
Minori 70	Otite e infezioni vie respiratorie	DRG	SDO	SDO fino a 17anni	n/1000
Minori 184	Esofagite e mal. Apparato digerente	DRG	SDO	SDO fino a 17anni	n/1000
60+70+184 / SDO	somma 60+70+184	DRG	SDO	SDO fino a 17anni	n/1000
60+70+184 / pop. fino a 17 anni	somma 60+70+184	DRG	SDO	minori (fino a 17anni)	n/1000
Interventi (ad alto impatto sociale) su anziani	chirurgia: protesi all'anca	intervento princ. e sec.	SDO	anziani (oltre 65anni)	n/100mila
	bypass coronarico	intervento princ. e sec.	SDO	anziani (oltre 65anni)	n/100mila
	angioplastica coronarica	intervento princ. e sec.	SDO	anziani (oltre 65anni)	n/100mila
Indicatore di impatto sociale anziani	somma ch+by+an	intervento princ. e sec.	SDO	anziani (oltre 65anni)	n/100mila
rapporto su SDO anziani	somma ch+by+an	intervento princ. e sec.	SDO	anziani (oltre 65anni)	n/1000

Legenda: DRG = diagnosis related group, è una nomenclatura internazionale che classifica tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei basati fondamentalmente su un sistema di diagnosi ed eventuali procedure associate.

Gli indicatori sulle specifiche popolazioni necessitano invece di alcune annotazioni.

Il rapporto dei parti cesarei sulle donne “feconde” ha lo scopo di mettere in relazione il numero assoluto con l’ammontare delle donne potenzialmente fertili e residenti negli stessi territori delle puerpere per offrire una *proxy* dell’incidenza di questo intervento specifico nella popolazione potenzialmente interessata: si ricorda, infatti, che lo scopo del presente lavoro è l’analisi dei fattori sanitari sui residenti e quindi appare necessaria una relazione del fenomeno con la popolazione più pertinente.

Per lo stesso motivo, gli interventi pediatrici (eseguiti sulla popolazione da 0 a 17 ani) e quelli considerati ad alto impatto sociale riguardanti gli anziani (popolazione con 65 anni ed oltre) sono stati messi in relazione sia con le SDO specifiche per classe d’età, sia con le rispettive popolazioni di riferimento nel territorio per una più ampia visione dei fenomeni.

Infine, dal *set* di statistiche ricavate dalle SDO, non sono state conteggiate quelle schede in cui non ci fosse un riferimento preciso del comune di residenza del paziente dimesso (in alcuni casi era indicata solamente la provincia o solo la regione) assieme a tutte le schede in cui non fosse apparsa chiara la cittadinanza del paziente.

Sono state comprese, invece, tutte le schede relative a pazienti marchigiani e sardi curati e dimessi da strutture sanitarie di altre regioni poiché il comune di riferimento è sempre quello di residenza del paziente.

2. I risultati: il confronto nei territori marchigiani e sardi con gli indicatori strutturali

Nel periodo 2010-2015 il tasso standard medio di ospedalizzazione risulta più alto per la Sardegna rispetto alle Marche e se si scompone il quoziente per nazionalità si osserva come sia soprattutto la componente italiana a registrare i valori più alti mentre per gli stranieri la quota media è più alta nelle Marche.

Un’ulteriore suddivisione dei dati medi per poli ed aree mostra come in realtà per i residenti italiani le differenze maggiori fra le regioni si riscontrino nelle tipologie di centro mentre sono più contenute nei territori delle aree interne (in queste aree, il dato marchigiano è addirittura superiore); per gli stranieri, invece, i più alti tassi standard marchigiani si confermano solo nelle tre zone dei centri mentre nelle aree interne sono i comuni sardi ad ottenere i valori più alti.

Tabella 7 – Indicatori strutturali: SDO, RO e DH – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	SDO		italiani		stranieri		RO		DH	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	169,6	188,5	175,3	188,3	110,3	90,9	130,4	135,4	39,2	53,2
B - Polo intercomunale	162,5	...	168,8	...	106,0	...	128,7	...	33,8	...
C - Cintura	158,8	174,0	163,8	170,4	107,4	96,0	123,5	123,7	35,3	50,3
D - Intermedio	164,5	172,1	172,0	167,2	92,0	102,4	132,5	123,2	32,0	48,9
E - Periferico	175,8	171,0	184,8	170,0	86,4	98,4	146,0	125,0	29,8	46,0
F - Ultra periferico	...	168,7	...	169,6	...	107,4	...	127,1	...	41,6
Tot. regionale	164,2	175,9	169,9	174,0	105,9	98,7	128,1	127,2	36,1	48,6

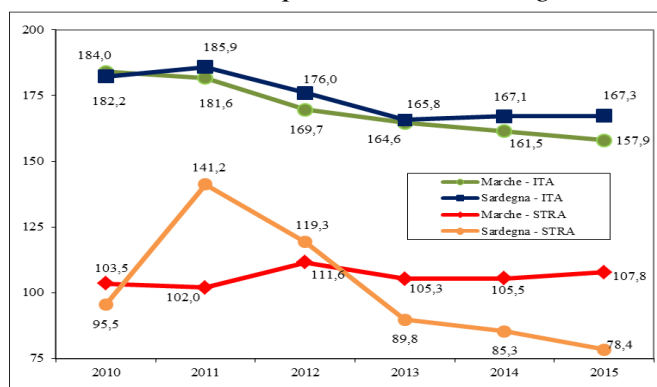
Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Quindi entrambe le regioni mostrano tassi di ospedalizzazione più alti fra i residenti italiani rispetto a quelli stranieri in tutte le tipologie comunali osservate, tuttavia la maggiore ospedalizzazione della componente italiana è numericamente più alta fra i residenti sardi nei comuni dei centri e fra quelli marchigiani nei territori delle aree interne; viceversa, la componente straniera mostra quote più elevate di ospedalizzazione fra i comuni centrali marchigiani e tra i comuni delle aree interne sarde.

Una partizione delle SDO in ricoveri ordinari (RO) e day hospital (DH) mostra come i valori più simili fra Marche e Sardegna si ottengano solo nelle RO dei comuni polo e dei comuni cintura mentre in tutti gli

altri casi, compresi i DH (a parte il maggiore ricorso del DH in Sardegna), le due regioni registrano differenze piuttosto alte.

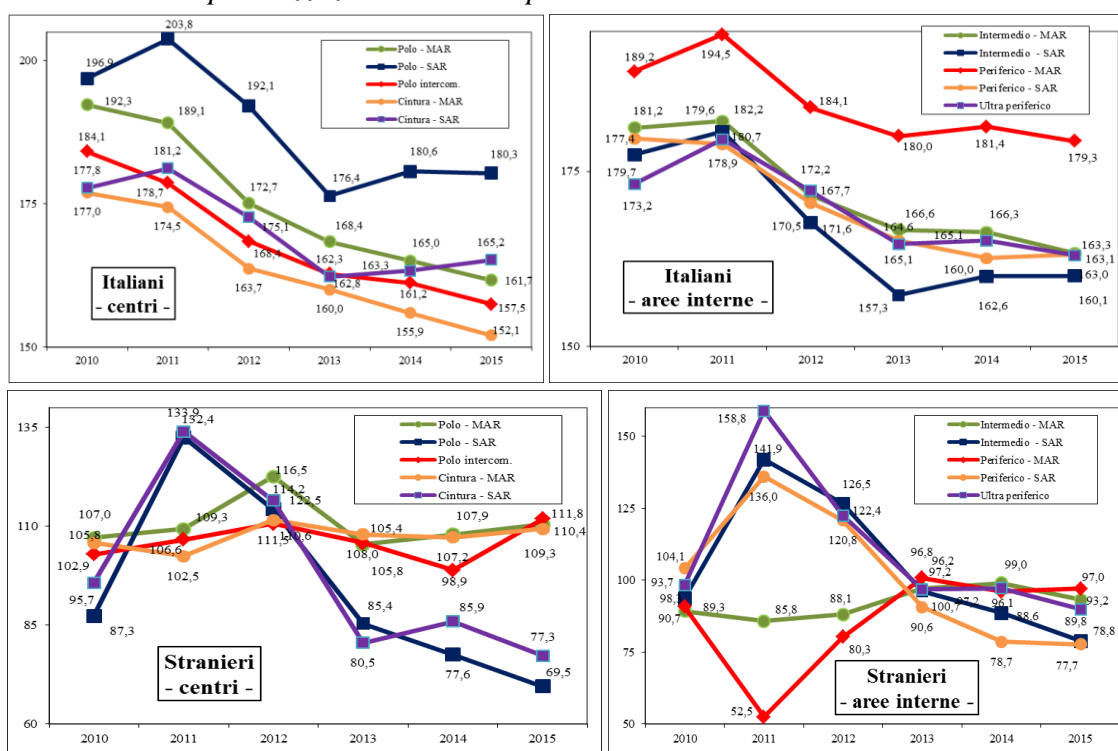
Figura 2 – Tassi di ospedalizzazione standard per nazionalità e regione – anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

La serie storica del periodo 2010-2015 illustra come nei primi tre anni ci sia stata una flessione nei valori d'ospedalizzazione delle quattro popolazioni (con la sola esclusione degli stranieri marchigiani) mentre, nei successivi tre, la tendenza decrescente è continuata solo per gli stranieri sardi e per gli italiani marchigiani, con le altre due componenti di residenti regionali in aumento.

Figura 3 – Tassi di ospedalizzazione standard per centri e aree interne – anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

L'ulteriore suddivisione delle serie storiche in centri e aree interne chiarisce come tra i residenti italiani gli aumenti nel tasso d'ospedalizzazione si siano verificati in tutte le tipologie dei comuni sardi con l'eccezione dei territori ultra periferici (tra quelli marchigiani la tendenza appare in diminuzione o stabile)

mentre tra i residenti stranieri le crescite sono circoscritte ai comuni marchigiani polo e della cintura, visto che nelle aree interne sarde e marchigiane si osservano soprattutto tendenze al ribasso o alla stabilità.

Tornando all'analisi dei valori medi del periodo 2010-2015, il calcolo dei tassi di ospedalizzazione per genere (vedi tabelle in appendice) mostra come la componente femminile ottenga sempre i valori più alti fra gli stranieri mentre fra gli italiani solo in tutte le tipologie (poli ed aree) di comuni sardi; fra le due regioni, le cifre più somiglianti si osservano in particolare tra i RO dei residenti italiani dei comuni polo e tra i DH dei residenti stranieri nei comuni della cintura.

I ricoveri ospedalieri in regime ordinario sono stati analizzati per fasce di età e sono state ripartite per ottenere tassi specifici per gruppi di popolazione omogenee: bambini e adolescenti (0-14 anni), giovani (15-24 anni), adulti in età lavorativa (25-64 anni), adulti in età avanzata che si affacciano alla terza età (65-74 anni) e gli "anziani" (da 75 anni ed oltre)⁴.

Tabella 8 – Indicatori strutturali: RO per classi di età (0-64 anni) – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	RO 0-14 anni				RO 15-24 anni				RO 25-64 anni			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	121,4	137,3	106,7	41,1	50,3	59,5	80,0	77,4	89,9	96,8	81,2	69,5
B - P. intercomunale	114,1	...	108,6	...	47,9	...	85,6	...	91,6	...	78,4	...
C - Cintura	118,9	130,8	102,1	45,4	49,9	56,7	83,0	72,1	88,7	92,0	82,1	74,4
D - Intermedio	123,0	126,9	81,3	35,2	51,4	54,0	74,1	81,0	91,1	89,6	74,6	82,5
E - Periferico	126,9	125,4	48,5	38,2	51,1	52,7	57,8	67,4	100,4	89,0	81,8	79,5
F - Ultra periferico	...	138,1	...	101,7	...	61,4	...	88,3	...	91,7	...	78,6
Tot. regionale	120,0	131,6	100,4	57,4	50,1	56,7	80,6	77,9	89,9	92,1	80,5	75,9

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

I tassi specifici per classi d'età (quindi relazionate con l'analoga classe di popolazione residente) mostrano valori tanto più alti quanto più aumenta l'età considerata, soprattutto per la popolazione di nazionalità italiana (viceversa, per gli stranieri di entrambe le regioni, i valori del gruppo dei giovani e di quello degli adulti sono numericamente abbastanza vicini); un confronto fra italiani e stranieri, inoltre, mostra come i valori della fascia d'età 25-64 non abbiano notevoli scarti numerici e quindi risultino tassi d'ospedalizzazione molto simili, soprattutto fra gli italiani (marchigiani *in primis*).

Analizzando le medie regionali in entrambe le nazionalità si può osservare come le differenze più nette si riscontrino negli RO delle due fasce d'età estreme e soprattutto quando si confrontano le rispettive popolazioni straniere; la maggiore tendenza all'ospedalizzazione della popolazione italiana sarda nei confronti dell'omologa marchigiana vale per tutte le classi d'età con l'unica eccezione di quella prossima alla "terza età" (65-74 anni) in cui i valori di ospedalizzazione, pur aumentando numericamente rispetto alle classi d'età più giovani, risultano minori rispetto ai valori della popolazione italiana marchigiana.

Inserendo la variabile che suddivide i comuni in poli ed aree interne, i tassi specifici mutano ancora.

Tra i bambini si registrano tendenze diverse poiché i valori più alti sono tra i residenti di nazionalità italiana tra i comuni sardi, sia nei centri, sia nelle aree interne (unica eccezione marchigiana nei comuni periferici) mentre accade l'opposto, a favore delle Marche, tra i residenti con nazionalità straniera; in Sardegna, i tassi medi d'ospedalizzazione più alti per i bambini sono nei comuni ultra periferici mentre i valori più simili fra le due regioni si riscontrano nei bambini italiani residenti nei comuni periferici.

Nella classe d'età dei giovani 15-24 anni, in entrambe le regioni, si nota una maggiore propensione all'ospedalizzazione della popolazione straniera rispetto a quella italiana, anche se si tiene conto della

⁴ In realtà per "anziani" (definizione demografica) si intendono gli ultra sessantacinquenni, tuttavia si è voluta mantenere per coerenza la suddivisione utilizzata dal rapporto Osservasalute. Più avanti, nell'analisi delle popolazioni specifiche verranno focalizzate la popolazione minorile (0-17 anni) e quella anziana vera e propria (da 65 anni ed oltre) sebbene con modalità differenti (vedi supra: tabella 6).

posizione del comune di residenza (centro o area interna); i valori più vicini dei tassi medi tra le due regioni si osservano nei comuni intermedi e periferici per i giovani italiani e nei comuni polo per i giovani stranieri.

I tassi di ospedalizzazione della classe “adulta” (significativa per i valori più elevati sia come ricoveri sia per l’ammontare della popolazione) mostra valori meno differenziati, con l’eccezione osservata nella popolazione italiana dei comuni periferici (tassi più elevati nelle Marche) e tra la popolazione straniera dei comuni poli (ancora tassi più elevati nelle Marche); molto simili i tassi calcolati nei comuni compresi nell’area intermedia (per i residenti italiani) e in quella periferica (per i residenti non italiani).

Tabella 9 – Indicatori strutturali: RO per classi di età (65 anni e più) – Marche e Sardegna (2010-2015)

<i>Centri/aree interne</i>	<i>RO 65-74 anni</i>				<i>RO 75 anni e più</i>			
	<i>italiani</i>		<i>stranieri</i>		<i>italiani</i>		<i>stranieri</i>	
	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>
A - Polo	187,5	190,6	127,1	149,2	317,8	342,9	227,3	483,9
B – Polo intercomunale	186,4	...	104,2	...	311,8	...	151,5	...
C - Cintura	188,2	190,5	117,7	131,5	307,8	339,7	171,8	290,2
D - Intermedio	195,4	174,0	73,6	111,8	313,7	295,1	129,1	231,0
E - Periferico	207,8	176,3	58,4	112,1	356,7	294,7	182,3	163,8
F – Ultra periferico	...	185,1	...	76,1	...	316,3	...	151,9
Tot. regionale	189,0	183,8	109,9	113,6	313,9	318,3	180,7	233,1

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Tra i gli anziani, come già visto, si riscontra una maggiore tendenza all’ospedalizzazione per la popolazione italiana nelle Marche e per quella straniera in Sardegna; inoltre, i tassi d’ospedalizzazione della componente italiana nella classe 65-74 anni hanno differenze minori quando i comuni di residenza appartengono alle tipologie di centro (quote più elevate nei territori sardi) mentre le discrepanze sono più evidenti nei tassi della popolazione straniera (sempre maggiori i valori sardi).

Le differenze sono più eterogenee quando si considera la fascia d’età più elevata (75 anni ed oltre): i tassi d’ospedalizzazione sono più alti, in generale, nei territori sardi, con l’esclusione dei comuni delle zone intermedie e periferiche per gli anziani italiani e delle zone periferiche per gli anziani stranieri; si osserva, inoltre, come i valori dei territori sardi siano tanto più elevati quanto sia più bassa la distanza dai comuni polo (nelle Marche il fenomeno mostra la stessa tendenza solo per la popolazione straniera).

Gli RO possono essere suddivisi in medici e chirurgici secondo la diagnosi effettuata abbinata all’eventuale prestazione erogata al paziente (nomenclatura DRG, vedi definizione nella tabella 6) ed anche se le differenze fra le percentuali nei diversi territori possono essere spiegate in gran parte con le diverse variazioni nell’offerta di servizi medici e ospedalieri, appare comunque interessante osservare i valori che si ottengono nella suddivisione dei comuni che si è scelta.

Tabella 10 – Indicatori strutturali: RO chirurgici e medici – Marche e Sardegna (2010-2015)

<i>Centri/aree interne</i>	<i>RO chirurgici</i>				<i>RO medici</i>			
	<i>italiani</i>		<i>stranieri</i>		<i>italiani</i>		<i>stranieri</i>	
	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>	<i>Marc</i>	<i>Sard</i>
A - Polo	42,9	37,3	42,0	35,7	57,1	62,7	58,0	64,3
B - Polo intercomunale	43,4	...	40,9	...	56,6	...	59,1	...
C - Cintura	43,5	37,2	40,0	38,5	56,5	62,8	60,0	61,5
D - Intermedio	41,6	36,6	40,7	37,8	58,4	63,4	59,3	62,2
E - Periferico	38,1	37,3	37,4	40,3	61,9	62,7	62,6	59,7
F – Ultra periferico	...	36,5	...	39,5	...	63,5	...	60,5
Tot. regionale	42,9	37,0	40,9	38,3	57,1	63,0	59,1	61,7

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

In entrambe le regioni, per i residenti italiani e stranieri e in tutte le tipologie comunali, i dimessi ospedalieri medici hanno valori maggiori rispetto a quelli chirurgici; nella Sardegna, gli RO medici registrano percentuali più alte delle Marche, sia fra i dimessi italiani, sia fra quelli stranieri.

Concentrando l'analisi sui valori degli RO chirurgici, si nota come all'interno di ogni regione non ci sia un *gap* elevato fra i valori minimi e massimi; inoltre, suddividendo il dato nei centri e nelle aree interne, si nota come, tra gli italiani, i valori siano poco più elevati nei comuni marchigiani dei poli intercomunali e in quella della cintura, assieme ai comuni sardi dei polo e periferici.

I valori percentuali degli RO chirurgici relativi ai residenti stranieri sono sempre maggiori nei territori marchigiani, con l'eccezione dei comuni periferici; in più, il valore massimo si nota tra gli stranieri marchigiani nei comuni polo e tra gli stranieri sardi nei comuni periferici.

Valori simili sono osservabili negli RO chirurgici e negli RO medici tra i dimessi italiani dei territori periferici e tra i dimessi stranieri dei comuni della cintura.

Altro indicatore importante è relativo alla durata media della degenza ospedaliera in ricovero ordinario espressa in giorni: in generale, i valori relativi ai residenti di nazionalità italiana sono più elevati di quelli di nazionalità straniera mentre i valori dei residenti nei comuni marchigiani sono superiori a quelli nei comuni sardi; infine, i valori dei maschi sono, di norma, più alti delle femmine.

Tabella 11 – Indicatori strutturali: degenza media degli RO per sesso – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	RO degenza media				RO deg. media maschi				RO deg. media femmine			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiane		straniere	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	8,0	6,8	5,7	6,1	8,0	6,9	6,9	6,9	7,9	6,7	5,2	5,7
B – P. intercomunale	8,0	...	5,2	...	8,0	...	6,5	...	7,9	...	4,7	...
C - Cintura	7,8	6,8	5,4	4,6	8,0	7,0	6,3	3,8	7,7	6,5	5,0	3,7
D - Intermedio	8,1	7,1	5,6	4,5	8,3	7,3	6,2	2,8	7,9	6,9	5,0	4,0
E - Periferico	7,6	7,4	5,1	3,8	7,6	7,6	5,4	2,3	7,6	7,2	4,6	3,1
F – Ultra periferico	...	7,1	...	4,1	...	7,2	...	3,4	...	7,0	...	3,7
Tot. regionale	7,9	7,2	5,5	4,2	8,0	7,4	6,2	2,9	7,7	7,0	4,9	3,6

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Valori molto simili nella degenza media fra i territori marchigiani e sardi si osservano nella popolazione italiana (maschi e femmine) residente nei comuni periferici e nella popolazione straniera (maschi e femmine) residente nei comuni polo.

3. I risultati: il confronto nei territori marchigiani e sardi con gli indicatori di salute

Le analisi degli stati di salute della popolazione residente, ricavati con quozienti di ospedalizzazione molto specifici basati sulle diagnosi principali (e in alcuni casi anche secondarie) dei dimessi ospedalieri in alcune patologie ben individuate ed importanti dal punto di vista sanitario, offrono ulteriori spunti di riflessione soprattutto se relative al binomio centri/aree interne, con la consapevolezza che, limitando il numero e la tipologia degli argomenti ad appena quattro gruppi di malattie e alle sole SDO, il presente studio non possa che restituire parzialmente un fenomeno di vasta portata e che necessiterebbe di ulteriori (e numerose) fonti statistiche ed elaborazioni specifiche.

Le malattie cardio e cerebro vascolari costituiscono ancora oggi in Italia, uno dei problemi più importanti per la salute pubblica, poiché sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità e quelle utilizzate in questa analisi risultano fra le più frequenti di origine arteriosclerotica; va segnalato, inoltre, che sono fra le maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento (chi sopravvive diventa sovente un malato cronico) e che, nella loro evoluzione, producono disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

E' un indicatore particolarmente importante perché rappresenta, per molti versi (anche se non nella totalità dei casi) il punto finale di comportamenti non consoni ad uno stile di vita “sano” (buona qualità e varietà nell'alimentazione, attività fisica regolare, abolizione del fumo di tabacco e riduzione del consumo di alcool), auspicabile per impedire o ritardare l'insorgere di questo gruppo di malattie.

Per il calcolo dell'indicatore specifico viene allargata la platea di riferimento (tutti gli adulti da 25 anni ed oltre) e, anche se l'insorgere di queste malattie avviene soprattutto in età matura, si osservano comunque valori numericamente molto diversi fra le popolazioni italiane e straniere delle due regioni: dal loro confronto risulta come, in totale, i valori più elevati si osservino tra gli italiani residenti nelle Marche e tra gli stranieri residenti in Sardegna.

Tabella 12 – Indicatori sugli stati di salute: malattie cardio e cerebro vascolari – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	malattie ischemiche (cuore)				malattie cerebro vascolari				Totale			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	5,4	22,2	0,6	9,5	127,2	65,1	10,0	36,2	132,6	87,3	10,6	45,8
B – P. intercomunale	3,9	...	0,0	...	174,0	...	9,3	...	177,9	...	9,3	...
C - Cintura	5,7	23,2	0,9	3,6	115,9	55,1	9,7	28,9	121,6	78,4	10,6	32,5
D - Intermedio	10,5	19,4	0,0	5,0	132,9	64,4	6,5	30,0	143,4	83,8	6,5	35,0
E - Periferico	34,4	18,5	11,3	2,9	255,9	86,7	22,6	17,6	290,3	105,3	34,0	20,5
F – Ultra periferico	...	18,0	...	0,0	...	106,8	...	32,1	...	124,8	...	32,1
Tot. regionale	6,6	20,6	0,8	4,4	129,9	72,8	9,6	29,8	136,5	93,5	10,4	34,2

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Se si raffrontano i quozienti relativi alla popolazione italiana emerge una prevalenza maggiore all'ospedalizzazione dei residenti marchigiani in tutti i raggruppamenti di comuni effettuati, tuttavia è interessante notare come i numeri più elevati si presentino, in entrambe le regioni, nei comuni delle aree interne periferiche (anche in quelli delle zone ultra periferiche, presenti solo in Sardegna) mentre i quozienti minori si riscontrino prevalentemente nei comuni della cintura.

Il maggiore tasso di ospedalizzazione tra gli stranieri marchigiani resta, ancora, solo tra i residenti dei comuni periferici e, nella stessa tipologia comunale, i residenti sardi registrano il valore più basso; sempre nei territori sardi e per la popolazione straniera, il tasso più alto è appannaggio dei comuni polo.

Per misurare l'incidenza delle malattie metaboliche fra la popolazione residente, viene utilizzato un tasso d'ospedalizzazione di pazienti a cui è stato diagnosticato il diabete mellito⁵: nel nostro Paese, il diabete mellito è un problema sanitario molto rilevante che, negli anni, ha generato un impatto negativo sempre più crescente a livello sociale ed economico, quindi il quoziente appare come un buon indicatore sullo stato di salute della popolazione.

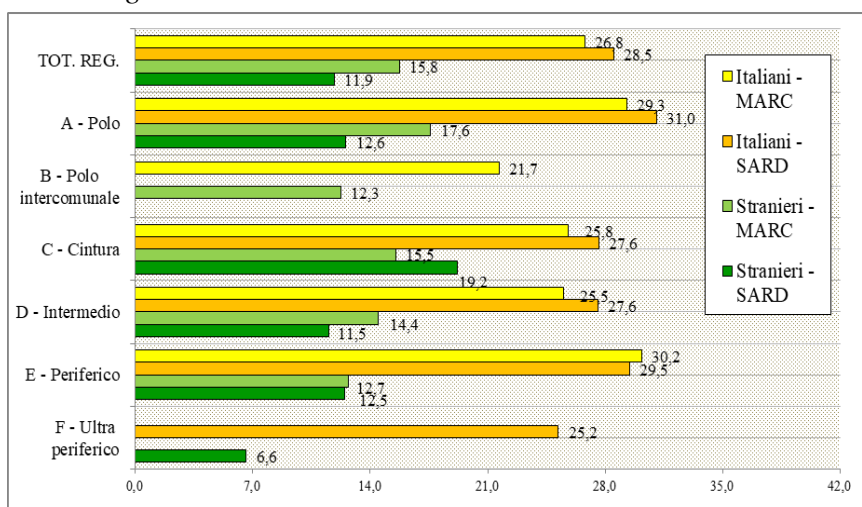
Nella media del periodo 2010-2015 preso in esame, i tassi d'ospedalizzazione della popolazione italiana risultano più elevati di quelli della popolazione straniera (il valore medio della Sardegna è più alto per i residenti italiani, quello marchigiano è, invece, superiore per i residenti stranieri).

La suddivisione per centri e aree interne mostra come tra la popolazione italiana i quozienti più elevati si osservino nei comuni polo e nei comuni periferici, ma soprattutto come i valori marchigiani e sardi non siano molto differenti fra loro.

Per la popolazione straniera il tasso d'ospedalizzazione per malattie metaboliche risulta più eterogeneo: più elevato nelle Marche per i comuni polo e nella Sardegna per i comuni della cintura mentre sempre più elevato nelle Marche nelle tipologie di comuni delle aree interne.

⁵ In realtà si tratta di un gruppo di disturbi metabolici che presentano una persistente instabilità del livello glicemico del sangue, infatti i pazienti passano da condizioni di iperglicemia (più frequente) a condizioni di ipoglicemia. Il diabete mellito, nel tempo, provoca complicanze in diversi organi ed apparati.

Figura 4 – Indicatori sugli stati di salute: malattie metaboliche (diabete mellito), per centri e aree interne – Marche e Sardegna - anni 2010-2015



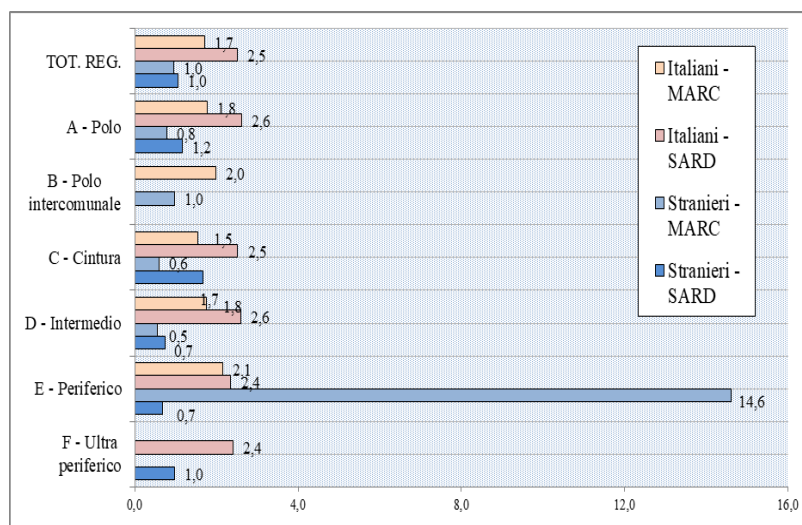
Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Si noti come i comuni ultra periferici sardi presentino, per questo indicatore, i valori più bassi in entrambe le popolazioni (italiana e straniera); i comuni delle due regioni con i quozienti numericamente più ravvicinati sono quelli periferici, per i residenti italiani e stranieri.

Il tasso d'ospedalizzazione legato a diagnosi di malattie psicologiche rappresenta una variabile *proxy* (parziale) della “salute mentale”, ossia quello stato di benessere in cui ogni individuo ha la capacità di sviluppare e realizzare il proprio potenziale e di far fronte agli eventi stressanti della vita personale e lavorativa, con ricadute positive sul contesto sociale nel quale il soggetto è inserito.

A differenza degli altri tre indicatori che costituiscono il gruppo sugli stati di salute, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici (i soggetti con necessità di assistenza psichiatrica) viene calcolato considerando solo i ricoveri acuti, ossia escludendo quelli riabilitativi e le lungodegenze che, per loro natura, hanno già ottenuto una diagnosi in precedenti ricoveri.

Figura 5 – Indicatori sugli stati di salute: disturbi psicologici per centri e aree interne – Marche e Sardegna - anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Confrontando le due regioni, la popolazione italiana mostra valori medi più elevati nei territori sardi mentre la popolazione straniera ha valori simili, numericamente inferiori a quelli ottenuti dagli italiani.

Nel dettaglio dei centri e delle aree interne per la popolazione italiana si notano poche variazioni nei rapporti numerici dei gruppi di comuni sardi rispetto a quelli di comuni marchigiani: il quoziente maggiore dei comuni marchigiani si presenta nel gruppo di quelli periferici e trova il valore più simile proprio nel quoziente minore degli analoghi comuni periferici sardi.

Si noti, inoltre, come i valori dei comuni centrali siano molto più elevati nelle tre tipologie dei comuni sardi, anche in quelli relativi alla popolazione straniera: con l'unica eccezione (notevole) dei comuni marchigiani periferici, i tassi per disturbi psichici sardi risultano più diversificati nei casi di comuni appartenenti ai centri mentre la differenza risulta più contenuta nei comuni delle aree interne.

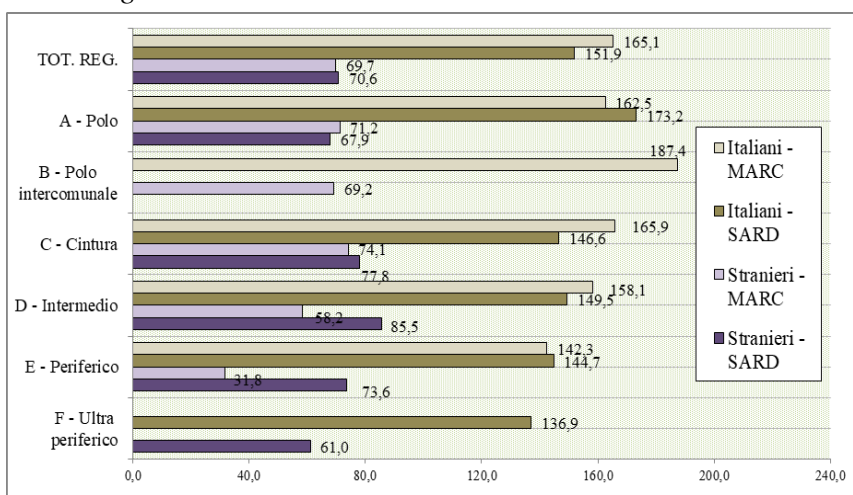
L'ultimo indicatore relativo alle dimissioni per malattie tumorali, come già detto, è l'unico fra i cinque considerati nel gruppo degli stati di salute a subire una modifica: per questo studio e per uniformità con gli indicatori utilizzati precedentemente, si sono utilizzate le dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di natura tumorale (benigna e maligna), mantenendo però il metodo di calcolo utilizzato dal rapporto Osservasalute (rapporto con la popolazione di 0-99 anni, ogni 10.000 residenti medi nel periodo di riferimento).

L'epidemiologia dei tumori, in Italia, è caratterizzata sostanzialmente dall'invecchiamento della popolazione e determina un incremento costante del carico di malattia; in più, i tumori sono una patologia multifattoriale molto complessa, in cui i tempi di latenza tra l'esposizione ai fattori di rischio, che favoriscono l'insorgenza della malattia, e lo sviluppo di un tumore sono molto lunghi⁶.

I valori medi regionali nel periodo 2010-2015 calcolati sulle popolazioni residenti mostrano come per la popolazione italiana sia maggiore la differenza fra il valore più alto dei territori marchigiani rispetto a quello più basso dei territori sardi, una discrepanza che viene invertita, con cifre più contenute, se si osservano i valori relativi alla popolazione straniera.

Come per gli indicatori relativi alle malattie cardio e cerebro vascolari, i quozienti della popolazione italiana risultano sempre superiori a quelli della popolazione straniera, tuttavia per le malattie tumorali i valori numerici non sono così bassi come l'incidenza minore di popolazione anziana lascerebbe supporre.

Figura 6 – Indicatori sugli stati di salute: malattie tumorali (benigne e maligne), per centri e aree interne – Marche e Sardegna - anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

⁶ Si sottolinea come i progressi chirurgici e terapeutici, molte volte, si traducono in reali benefici in termini di mortalità, ma in alcuni casi si limitano a dilazionare e non a scongiurare il decesso e tutto ciò, rende complesso interpretare le statistiche sanitarie sui tumori.

La ripartizione dei tassi per malattie tumorali nei centri e nelle aree interne di ciascuna regione mostra come per i residenti italiani i tassi più elevati siano soprattutto nei comuni appartenenti alle tipologie di centro, sia per le Marche, sia per la Sardegna, con quozienti più alti tra i comuni marchigiani dei poli intercomunali e tra i comuni sardi polo.

Nelle aree interne si osserva come, all'aumentare della distanza dai comuni polo, diminuisca il valore numerico del tasso ospedaliero in entrambe le regioni e solo nei comuni periferici i valori dei due territori regionali si avvicinano.

I quozienti calcolati per le popolazioni straniere sono, invece, più eterogenei: se nelle Marche il valore più alto si osserva tra i comuni della cintura, in Sardegna il valore maggiore si osserva nei comuni intermedi, evidenziando come i tassi di ospedalizzazione per malattie tumorali siano più elevati nei territori marchigiani dei centri rispetto a quelli delle aree interne mentre nei territori sardi siano più elevati nelle aree interne rispetto ai centri.

Nei residenti stranieri delle due regioni, i tassi per malattie tumorali si accostano maggiormente nei comuni polo e anche nei comuni della cintura, mentre nei territori delle aree interne si osserva una prevalenza numerica degli indicatori sardi rispetto a quelli marchigiani.

4. I risultati: il confronto nei territori marchigiani e sardi con gli indicatori per popolazioni specifiche

L'analisi su popolazioni "specifiche" (donne, minori, anziani) permette un approfondimento con i dati statistici desunti dalle SDO su particolari segmenti di popolazione che necessitano di servizi dal sistema sanitario per patologie tipiche del proprio status e, allo stesso tempo, acquisisce preziose informazioni sugli stati di salute e sull'attività ospedaliera nel territorio (si ricorda che questo studio progettuale è più interessato al primo aspetto piuttosto che al secondo, in coerenza con quanto già esposto fino ad ora).

Il numero di parti con taglio cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato uno dei più importanti indicatori in grado di misurare la qualità dell'assistenza perinatale ed esistono delle soglie raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁷: ancora oggi il rapporto dei TC sul totale dei parti serve a monitorare e a confrontare nel mondo la salute riproduttiva delle donne e la qualità dell'assistenza sanitaria.

Nella popolazione italiana la proporzione dei TC sul totale dei parti è maggiore in Sardegna piuttosto che nelle Marche mentre nella popolazione straniera le gerarchie fra le due regioni si invertono; le cifre indicano nelle residenti italiane una maggiore propensione al parto cesareo rispetto alle residenti straniere.

La distribuzione dei rapporti dei TC nei comuni delle due regioni indica, per le residenti italiane, cifre più alte quando il territorio appartiene ai centri (i valori più alti nei poli intercomunali marchigiani e nei poli sardi) e cifre più basse (molto più basse nelle Marche) nei comuni delle aree interne.

Per le residenti straniere la situazione è diversa nelle due regioni: nei comuni marchigiani il ricorso al taglio cesareo è maggiore nei comuni polo e in quelli periferici mentre nei comuni sardi è più alto nei comuni periferici e nei comuni della cintura; le proporzioni dei TC più simili nelle due regioni si osservano soprattutto nei comuni intermedi.

Nella tabella, assieme alla percentuale sul totale parti, i TC sono relazionati anche con la popolazione media femminile "fertile" (compresa nella fascia d'età 15-49 anni, in analogia con altri indicatori demografici, quali la natalità, l'abortività, ecc.) dei territori analizzati: si osserva come i valori maggiori si manifestino più in riferimento alle residenti straniere piuttosto che alle italiane e, inoltre, come siano più

⁷ Quando medicalmente giustificato, un parto cesareo può prevenire gravi complicanze materne e perinatali, ma quando tale procedura non è necessaria non sembrano esserci, invece, evidenze scientifiche che dimostrino un qualche beneficio in termini di salute per la madre o il bambino, per cui l'OMS suggerisce di non superare una proporzione di TC sul totale parti in un *range* del 10-15%. Questa soglia negli ultimi anni è oggetto di numerosi dibattiti in ambito scientifico.

ampie le differenze fra le medie nelle due regioni fra le residenti straniere mentre per le residenti italiane, nello stesso periodo, i rapporti risultino abbastanza simili.

Tra le residenti italiane i valori più alti si verificano nei comuni dei centri marchigiani e, al contrario, nei comuni delle aree interne sarde, in posizione apicale nei comuni della cintura marchigiana e sarda che mostrano il medesimo rapporto numerico.

Tabella 13 – Indicatori su specifiche popolazioni: parti con taglio cesareo (TC) – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	% parti cesarei su tot. parti				TC su 1000 femm. fert.				parti su 1000 femm. fert.			
	italiane		straniere		italiane		straniere		italiane		straniere	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	35,3	40,0	33,3	29,7	11,8	11,3	16,5	10,7	33,5	28,2	49,5	36,0
B – P. intercomunale	37,1	...	30,7	...	11,6	...	16,5	...	31,3	...	53,8	...
C - Cintura	34,5	39,6	30,8	32,0	12,4	12,4	18,8	13,1	35,9	31,4	61,0	40,9
D - Intermedio	33,3	38,2	29,3	31,0	11,2	12,1	15,2	13,3	33,6	31,8	51,9	42,9
E - Periferico	28,7	39,7	32,1	33,5	9,6	11,9	15,5	13,8	33,6	30,1	48,3	41,1
F – Ultra periferico	...	37,0	...	29,4	...	12,0	...	15,2	...	32,5	...	51,6
Tot. regionale	34,7	39,1	31,5	30,8	11,9	12,0	17,2	13,1	34,3	30,6	54,7	42,6

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

I quozienti relativi alle residenti straniere sono sempre superiori nei gruppi di comuni marchigiani rispetto a quelli sardi, con valori più elevati nei centri e in particolare nei comuni della cintura; nei territori sardi i valori più alti vengono raggiunti dai comuni delle aree interne, *in primis* nelle aree ultra periferiche.

Ulteriori dati si ricavano mettendo in relazione il numero complessivo di parti con la popolazione femminile di 15-49 anni: nei territori marchigiani i quozienti sono sempre superiori a quelli sardi sia fra le residenti italiane sia fra le straniere, confermando il dato dei bambini (0-14 anni) in proporzione alla popolazione complessiva, più alto nelle Marche rispetto alla Sardegna (quozienti numericamente più alti nei comuni marchigiani della cintura e nei comuni sardi ultra periferici).

Ampliando la prospettiva d'analisi dai bambini ai minorenni, si possono osservare altre peculiarità scomponendo le SDO in alcune classi d'età non osservati nella tabella 8: se si sommano tutte le SDO relative ai minori (0-17 anni), si nota come i quozienti specifici in ogni territorio siano più alti rispetto ai quozienti relativi ai bambini (0-14 anni) già analizzati prima, facendo emergere un ruolo più importante nelle ospedalizzazioni dei ragazzi di 15-17 anni in relazione alla analoga popolazione media per età.

Tabella 14 – Indicatori su specifiche popolazioni: minorenni, infanti e bambini – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	SDO -17anni				SDO 1-4anni				SDO 5-14anni			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	140,4	153,3	111,9	58,3	110,1	138,7	61,0	81,0	72,4	77,9	40,0	25,6
B – P. intercomunale	131,6	...	111,8	...	97,1	...	52,6	...	67,8	...	30,1	...
C - Cintura	135,8	150,9	105,0	66,1	101,1	125,9	48,8	67,0	67,1	77,4	35,5	27,3
D - Intermedio	138,3	145,2	83,8	48,0	105,6	122,7	41,4	82,2	71,4	75,6	34,4	21,7
E - Periferico	137,1	137,0	52,1	46,5	101,7	117,1	46,6	62,3	62,3	71,3	24,7	15,1
F – Ultra periferico	...	148,9	...	104,9	...	125,0	...	130,4	...	75,4	...	23,2
Tot. regionale	137,4	147,3	104,0	68,9	104,4	126,3	52,1	89,9	69,5	75,7	36,1	22,7

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Si osserva come, per i ragazzi italiani, i quozienti d'ospedalizzazione più elevati si manifestino soprattutto nei comuni polo marchigiani e sardi e come, comunque, i comuni delle due regioni appartenenti ai centri

registrino valori più alti rispetto a quelli delle aree interne; per i ragazzi stranieri, l'analisi dei minori di 18 anni rispetto ai quattordicenni fatta in precedenza non offre nuovi spunti di riflessione.

Osservando i tassi di ospedalizzazione pediatrica in due particolari gruppi di età, infanti di 1-4 anni e ragazzi di 5-14 anni, si nota come i valori numerici del primo gruppo preso in esame siano sempre superiori a quelli del secondo gruppo, confermando la maggiore tendenza all'ospedalizzazione nei primi anni di vita rispetto ai successivi, un fenomeno che appare indipendente dalla nazionalità dei residenti.

Tra gli infanti italiani, i quozienti più alti si riscontrano nei comuni dei centri delle due regioni mentre, tra quelli stranieri, i valori sono più alti tra i residenti nei centri marchigiani e nelle aree interne sarde; i territori sardi, in tutte le tipologie comunali, mostrano valori ben superiori a quelli rispettivi marchigiani.

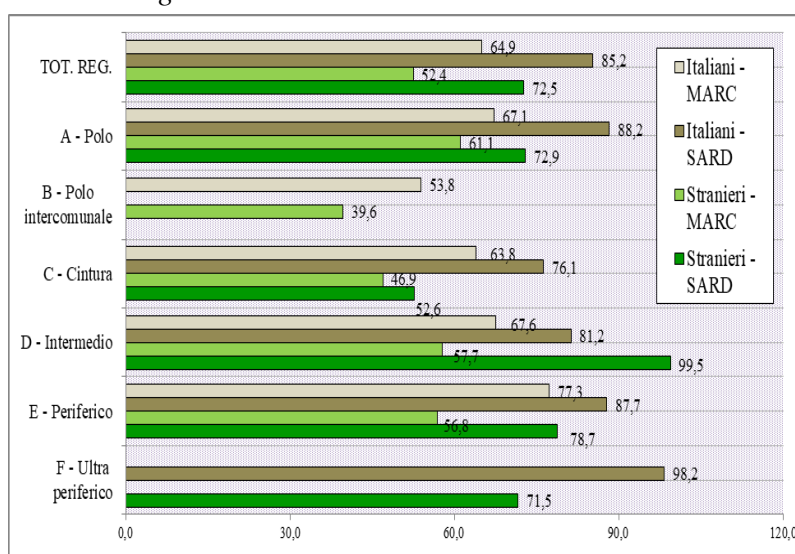
Tuttavia, se si considera solo la fascia d'età 5-14 anni, i divari fra i quozienti sardi e marchigiani tendono ad avvicinarsi e negli stranieri di questa particolare fascia d'età, il quoziente medio dei residenti marchigiani supera quello dei residenti sardi.

La scomposizione dei quozienti d'ospedalizzazione nei centri e nelle aree interne mostra tra i ragazzi italiani una migliore distribuzione (i valori hanno differenze poco rilevanti) rispetto a quella dei ragazzi stranieri e, inoltre, si nota come i quozienti più elevati risultino, soprattutto, tra i residenti dei comuni dei centri piuttosto che fra quelli delle aree interne; i valori più simili tra Marche e Sardegna si osservano tra i comuni della cintura e quelli intermedi.

Per ricavare ulteriori informazioni dai quozienti d'ospedalizzazione dei minorenni sono state fatte delle elaborazioni con riferimento ad alcune tipologie di ricovero particolarmente ricorrenti in età pediatrica e che sono, di solito, associate ad interventi propri di queste età: si esamineranno le dimissioni per tonsillectomia e/o adenoidectomia (DRG 60), per otite media ed infezione delle alte vie respiratorie (DRG 70) e per esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente (DRG 184), calcolando la loro incidenza fra le SDO dei minorenni.

Dai valori medi regionali, riportati nella tabella in appendice, si ricava come nei minorenni italiani residenti nelle Marche sia soprattutto il DRG 60 ad incidere maggiormente mentre in quelli stranieri siano le patologie associate al DRG 184; in Sardegna, invece, sono le malattie dell'apparato digerente (184) ad avere i quozienti più elevati, sia per la popolazione italiana, sia straniera.

Figura 7 – Indicatori su specifiche popolazioni: DRG 60+70+184 su SDO minorenni, per centri e aree interne – Marche e Sardegna - anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

In generale si osserva come i rapporti numericamente più elevati tra queste tre tipologie pediatriche si presentino soprattutto fra i comuni delle aree interne rispetto a quelli dei centri, tendenza simile nelle Marche e in Sardegna.

Per le dimissioni per tonsillectomia e/o adenoidectomia si osservano valori più alti tra i minorenni italiani piuttosto che tra gli stranieri, con eccezione dei residenti nei comuni periferici (Marche e Sardegna), come per le dimissioni pediatriche per otite media ed infezione delle alte vie respiratorie, con le eccezioni nelle Marche nei comuni polo e in Sardegna nei comuni intermedi.

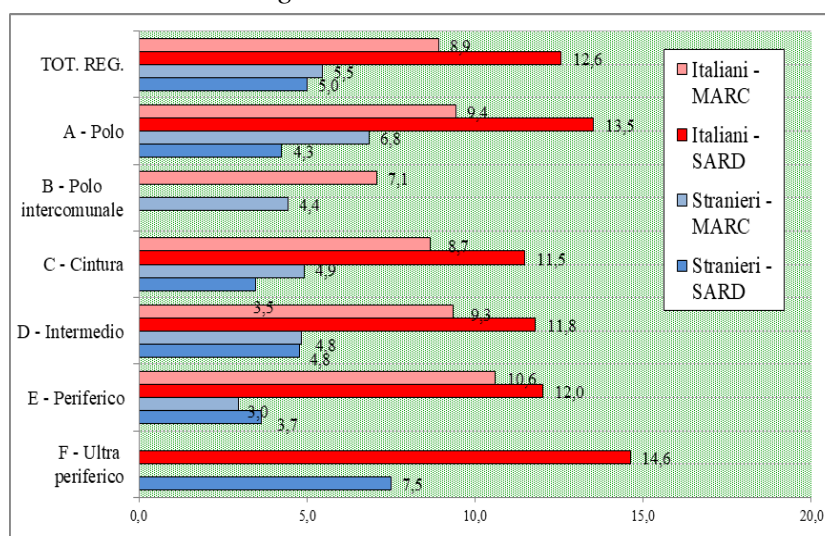
Le dimissioni con DRG 184 mostrano valori più alti dei minorenni stranieri su quelli italiani nei comuni marchigiani poli e periferici e nei comuni sardi poli, della cintura e intermedi.

La sommatoria delle dimissioni relative alle tre DRG specifiche per la popolazione con meno di 18 anni viene posta in relazione sia con le SDO dei minorenni sia con la popolazione media residente minorenne.

Per quello che riguarda la relazione con le dimissioni di minorenni, i valori medi regionali della Sardegna sono sempre superiori a quelli delle Marche per entrambe le popolazioni (quindi, una maggiore incidenza di queste patologie sui ricoverati minorenni); i rapporti con la popolazione pediatrica italiana sono sempre superiori a quelli dell'omologa popolazione straniera in tutte le tipologie di comuni sardi e marchigiani, con l'eccezione dei comuni intermedi.

Per entrambe le popolazioni, i rapporti più alti sono presenti nelle tipologie di comuni delle aree interne delle due regioni rispetto ai comuni dei centri; tra i minorenni italiani i valori più alti sono nei comuni marchigiani periferici e nei comuni sardi ultra periferici, tra quelli stranieri nei comuni marchigiani polo e nei comuni sardi intermedi.

Figura 8 – Indicatori su specifiche popolazioni: DRG 60-70+184 su popolazione minorenne, per centri e aree interne – Marche e Sardegna - anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Invece, sono più bassi i valori numerici delle ospedalizzazioni pediatriche per le tre tipologie di DRG esaminate quando rapportate alla popolazione media minorile: le medie regionali del periodo 2010-2015 presentano per la popolazione minorile straniera tassi d'ospedalizzazione numericamente più bassi rispetto a quelli della popolazione italiana, tuttavia lo scarto fra le due regioni è minore, in confronto ai valori della popolazione minorile italiana.

Nella popolazione pediatrica italiana i quozienti d'ospedalizzazione specifici dei comuni sardi sono sempre numericamente superiori a quelli dei comuni marchigiani, con valori più elevati fra i comuni periferici marchigiani e i comuni ultra periferici sardi; nella popolazione minorile straniera, i quozienti

d'ospedalizzazione specifici sono superiori nei comuni marchigiani, se appartengono alle zone dei centri, e nei comuni sardi, se compresi fra le aree interne.

I tassi d'ospedalizzazione pediatrica più simili fra le due regioni si osservano, per i residenti italiani e stranieri, nei comuni intermedi e nei comuni periferici.

L'ultima popolazione specifica presa in esame è quella degli ultrasessantacinquenni che, come già visto nell'analisi degli indicatori strutturali, presenta caratteristiche piuttosto diverse in termini di numerosità, d'incidenza e di peculiarità nei territori delle due regioni.

In particolare, vengono analizzati e descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di 65 anni ed oltre, in merito a tre procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale e ad alta prevalenza: interventi per protesi di anca (A), bypass coronarico (B) e angioplastica coronarica (C).

Tra tutti gli indicatori calcolati in questo studio, questi ultimi presentano una variabilità notevole e va specificato preliminarmente che tale tendenza è stata rilevata anche in altri studi più specifici “(ONSRI, 2017, p. 405 e ss.)” e può essere condotta a fattori diversi a volte congiunti fra loro (differenze d'incidenza e prevalenza delle patologie d'interesse nei diversi ambiti geografici, disuguaglianze d'accesso ai servizi sanitari e a diverse pratiche terapeutiche, prestazioni erogate e non appropriate da ascrivere alle strutture erogatrici sanitarie).

Aggiungendo l'ulteriore necessità di calcolare quozienti di fenomeni specifici in partizioni territoriali sub regionali (quindi numericamente scarsi, in qualche caso non esistenti), si può effettuare ogni confronto fra le popolazioni e i gruppi di territori scelti solo con una doverosa e appropriata cautela.

I tre interventi chirurgici sono ad alto impatto sociale per le inevitabili ricadute reali nella vita quotidiana dei dimessi ospedalieri ultrasessantenni, ma questi interventi restano, altresì, necessari per mitigare le condizioni di salute in peggioramento proprio per il decorso delle patologie che hanno colpito questi anziani.

Osservando i valori medi regionali per le tre specifiche patologie, si osserva come i valori relativi alla popolazione anziana di nazionalità italiana siano sempre numericamente superiori a quelli dell'omologa popolazione residente straniera, in entrambe le regioni oggetto d'esame; inoltre, i valori marchigiani medi sono sempre più elevati rispetto a quelli sardi, con la sola esclusione dell'intervento di angioplastica coronarica in anziani di nazionalità straniera.

Introducendo nei quozienti specifici la suddivisione per centri ed aree interne fra le due popolazioni nelle due regioni, si osservano altre differenze dalle tendenze medie appena esposte.

Nel caso dell'intervento chirurgico di bypass coronarico, i quozienti marchigiani sono più elevati nei comuni dei centri rispetto a quelli delle aree interne (valori massimi fra gli anziani italiani dei poli intercomunali e quelli stranieri dei poli) mentre i quozienti sardi sono più alti fra i residenti italiani dei centri e fra i residenti stranieri nelle aree periferiche (valori massimi fra gli anziani italiani dei comuni ultra periferici e quelli stranieri dei comuni intermedi).

La chirurgia di protesi all'anca mostra nella popolazione anziana italiana una distribuzione di valori più uniforme rispetto alla popolazione straniera di pari età; per entrambe le regioni e le nazionalità, i valori massimi si osservano nei comuni polo.

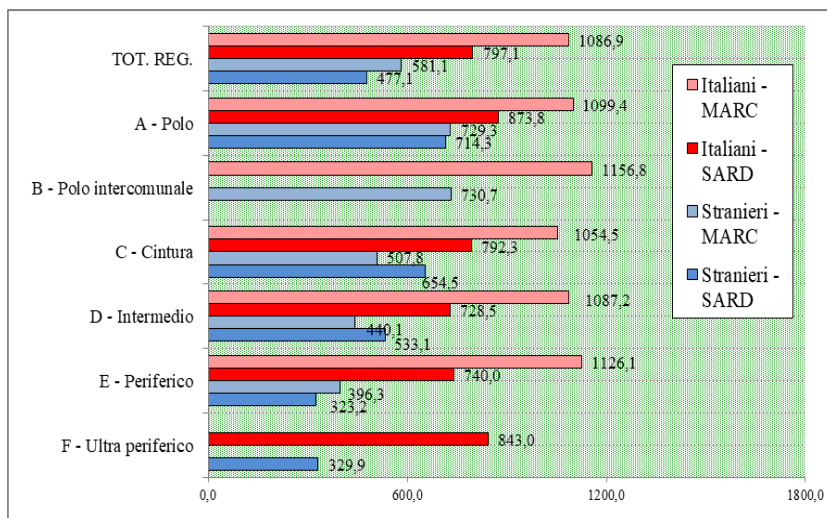
Medesima tendenza nei quozienti relativi all'intervento di angioplastica coronarica: i rapporti relativi agli anziani italiani risultano maggiormente uniformi (valori più alti fra i residenti nei comuni periferici marchigiani e della cintura sardi) mentre fra gli anziani stranieri appare un più alto impatto di questa patologia fra i comuni dei centri rispetto a quelli delle aree periferiche.

Analogamente a quanto fatto con i tassi pediatrici, la sommatoria dei dimessi colpiti dalle tre patologie invalidanti (A+B+C) sono rapportate alle popolazioni medie di ultrasessantacinquenni e alle dimissioni complessive degli anziani (65 anni ed oltre), nei rispettivi territori di residenza.

In generale, i rapporti medi marchigiani rimangono più elevati di quelli sardi e quelli relativi ai residenti italiani restano superiori a quelli stranieri; fra gli anziani italiani l'incidenza delle tre patologie invalidanti è simile nei comuni marchigiani dei centri e delle aree interne, ma superiore nei comuni sardi dei centri mentre fra gli anziani stranieri l'incidenza è sempre maggiore nei comuni dei centri (marchigiani e sardi).

I rapporti con le SDO degli ultrasessantacinquenni mostra come i valori degli anziani italiani nelle Marche siano ben superiori a quelli degli anziani stranieri mentre in Sardegna i valori delle due popolazioni anziane sono molto più ravvicinati senza una prevalenza netta.

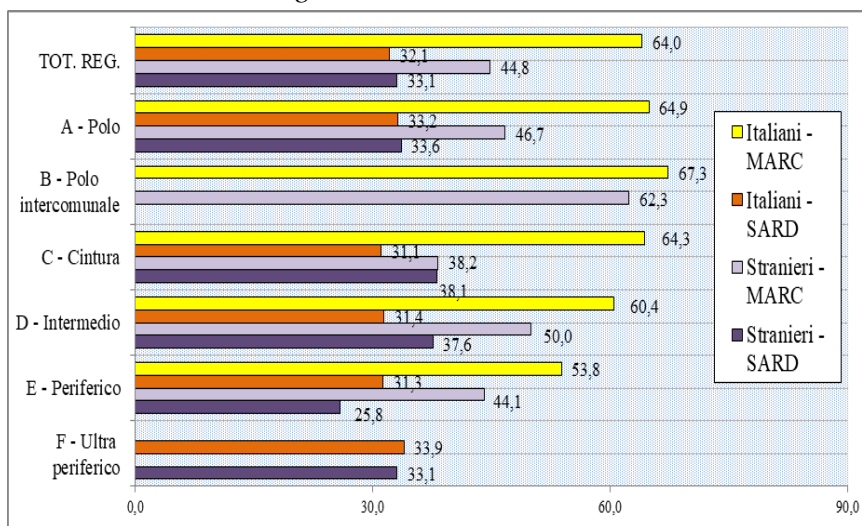
Figura 9 – Indicatori su specifiche popolazioni: interventi A+B+C su popolazione anziana, per centri e aree interne – Marche e Sardegna - anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

I comuni marchigiani dei centri hanno rapporti più elevati rispetto agli omologhi delle aree interne mentre nei comuni sardi questa tendenza si verifica solo fra gli anziani stranieri poiché tra gli anziani italiani i valori delle due macro zone sono simili.

Figura 10 – Indicatori su specifiche popolazioni: interventi A+B+C su SDO 65anni e più, per centri e aree interne – Marche e Sardegna - anni 2010-2015



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

I valori delle due regioni si avvicinano in relazione con la popolazione anziana, con gli stranieri residenti nei comuni polo e in relazione con le SDO degli anziani, con gli stranieri residenti nei comuni della cintura.

5. Conclusioni

I dati sanitari estrapolati dalle SDO hanno fornito numerosi spunti e hanno evidenziato fra Marche e Sardegna, differenze e somiglianze.

Il più alto tasso d'ospedalizzazione sardo è frutto di un maggiore ricorso ai DH da parte delle due componenti (italiana e straniera) dell'Isola rispetto alle Marche poiché i rapporti dei RO dei residenti italiani ha mostrato più similitudini che differenze fra le due regioni, in particolare fra la componente maschile straniera e quella femminile italiana.

La scomposizione per età, inoltre, ha dimostrato che nella prevalenza media dei tassi sardi nella popolazione italiana e dei tassi marchigiani in quella straniera, quozienti molto ravvicinati (e quindi uguale propensione all'ospedalizzazione) si sono osservati tra gli adulti (25-64 anni) per entrambe le nazionalità, oltre che tra gli stranieri di 15-24 anni e tra gli anziani italiani con 75 anni e più.

La minore propensione della popolazione sarda rispetto a quella marchigiana al ricovero in lungodegenza e riabilitativa, nonché una maggiore tendenza al ricorso di prestazioni mediche piuttosto che chirurgiche sono differenze che potrebbero dipendere, in parte, dall'effettiva conoscenza e disponibilità di servizi sanitari⁸.

Inoltre, non sono neppure troppo distanti le medie regionali che sintetizzano la durata della permanenza in degenza, maggioritarie nella popolazione marchigiana e in particolare fra gli stranieri.

Anche fra gli indicatori di salute si è osservato come i valori relativi alle malattie metaboliche siano nelle due regioni più somiglianti che differenti, reciprocamente fra residenti italiani e stranieri, denunciando una predisposizione al diabete mellitico che va oltre i legami nei territori d'appartenenza; persino nei quozienti relativi alle ospedalizzazioni per cause legate a malattie tumorali le cifre relative alle popolazioni straniere, pur restando inferiori a quelle della popolazione italiana, si avvicinano.

Divergenti, invece, i quozienti relativi alle malattie ischemiche e cerebro vascolari (più elevati tra gli italiani marchigiani e gli stranieri sardi) e i quozienti sui disturbi psicologici, più elevati fra i residenti sardi rispetto ai marchigiani solo nella popolazione italiana, considerati i più adiacenti (e più bassi) quozienti della popolazione straniera.

La disamina dei tassi relativi alle popolazioni specifiche ha evidenziato come il maggiore ricorso ai parti con TC in Sardegna fra le residenti italiane sul totale parti, in realtà, se relazionato al numero medio di residenti di 15-49 anni, diventi un quoziente più simile a quello marchigiano per la stessa popolazione, per cui la diffusione di questa pratica chirurgica è sostanzialmente medesima nelle due regioni; valori numericamente vicini si sono osservati anche nelle popolazioni straniere femminili delle due regioni (rapporti dei TC sul totale parti).

Per quello che riguarda l'ospedalizzazione della popolazione minorenni si notano quozienti più elevati tra i ragazzi italiani nei valori dell'Isola, tuttavia un'ulteriore scomposizione d'età evidenzia come questa preminenza sia da ricondurre soprattutto alla fascia d'età pediatrica 1-4 anni (anche tra gli stranieri sardi i valori sono più alti rispetto a quelli marchigiani) mentre i ragazzi da 5-14 anni realizzano quozienti numericamente più bassi e ravvicinati, soprattutto nella componente residenziale italiana.

Le divergenze sono più marcate se si considerano le ospedalizzazioni per alcune tipologie di ricovero particolarmente ricorrenti in età pediatrica (DRG 60, 70 e 184), nelle quali i più elevati rapporti sugli SDO dei minorenni della Sardegna mostrano una maggiore importanza nella salute pediatrica isolana rispetto alle Marche; tuttavia gli stessi dati, relazionati con il numero dei residenti minorenni, riconduce il fenomeno alle reali ricadute sulla popolazione pediatrica presa nel suo complesso e mostra una vera divergenza, sebbene

⁸ Si ricorda che le SDO elaborate sono relative ai residenti, indipendentemente dall'ubicazione dell'istituto sanitario a cui si sono rivolti.

contenuta, solo fra i minorenni italiani, considerate le più basse (e più ravvicinate) quote dei minorenni stranieri nelle due regioni.

Per ultimo, la diversa “impronta demografica” della popolazione anziana tra i residenti italiani e stranieri in entrambe le regioni fa sì che, se si analizzano le patologie gerontologiche ad alto impatto sociale, si realizzi una sperequazione tra i valori numerici dei residenti italiani con quelli dei residenti stranieri, ma, comunque, per l’intervento di bypass coronarico le cifre non appaiono troppo distanti, né fra gli anziani italiani, né comparando anziani italiani e stranieri.

Quindi, una minore ospedalizzazione degli anziani sardi rispetto ai marchigiani, sia fra la popolazione italiana (valori più divergenti), sia fra quella straniera (valori più bassi degli anziani italiani, ma più convergenti fra loro) e con un diverso “peso” sulle SDO riguardanti gli ultrasessantacinquenni, più incisivi nelle Marche che in Sardegna.

In quali gruppi di comuni sardi e marchigiani i quozienti d’ospedalizzazione della popolazione residente si osservano le maggiori convergenze?

Se si considera la popolazione italiana ed esaminando tutti i quozienti ottenuti nei tre gruppi di indicatori, si può affermare come siano soprattutto i comuni delle aree interne ad essere i più “somiglianti” in ambito sanitario fra le Marche e a la Sardegna e in particolare i comuni periferici (E) mentre se si considera la popolazione straniera sono i comuni dei centri ad avere più indicatori convergenti, ma, suddividendo meglio il dato, ecco come siano ancora i comuni periferici (E) ad essere più “similari”, anche se quasi a pari merito con i comuni della cintura (C).

Negli indicatori strutturali presi in esame, la popolazione italiana dei comuni periferici è simile nelle due regioni soprattutto per i valori d’ospedalizzazione della sua partizione giovanile (0-14 e 15-24 anni), oltre che nelle proporzioni fra RO medici e chirurgici e nelle degenze medie per entrambi i generi mentre negli indicatori di salute, con la sola esclusione di quelli riferiti alle malattie cardio cerebro vascolari, i quozienti italiani sardi e marchigiani sono fra i più vicini negli indicatori relativi alle malattie metaboliche, ai disturbi psichici e alle malattie tumorali.

La somiglianza “giovanile” italiana dei comuni periferici continua se si analizzano anche gli indicatori relativi alle popolazioni specifiche, infatti vengono confermate le affinità di valore anche nell’ospedalizzazione dei minorenni (0-17anni) e dei ragazzi (5-14 anni) e l’incidenza delle patologie pediatriche più ricorrenti sulla popolazione minorile.

Nella popolazione straniera, il primato di verosimiglianza dei comuni periferici è raggiunto negli indicatori strutturali, per i quozienti ravvicinanti dei residenti sardi e marchigiani delle popolazioni di bambini (0-14 anni) e adulti (25-64 anni), di RO medici e di degenza media femminile mentre, negli indicatori relativi agli stati di salute, per i quozienti relativi alle malattie cerebro vascolari e alle malattie metaboliche.

Tra gli indicatori che illustrano le popolazioni specifiche, i comuni periferici sardi e marchigiani mostrano valori simili tra gli stranieri nel rapporto dei TC sul totale parti e sulla popolazione femminile 15-49 anni, nel quoziente d’ospedalizzazione 0-17 anni e in quello con l’incidenza delle patologie pediatriche più ricorrenti sulla popolazione minorile, oltre ai quozienti delle patologie gerontologiche ad alto impatto sociale sulle SDO degli anziani.

Le seconde due tipologie di comuni con i valori più simili tra Marche e Sardegna sono, come in parte già detto, i comuni intermedi per la popolazione italiana e i comuni della cintura per la popolazione straniera e apparirebbe una sorta di maggiore “potere unificante” fra le popolazioni dei territori cosiddetti “confinanti” rispetto a quelli “centrali”, a parità di condizioni demografiche (per nazionalità, in questo caso e come illustrato).

Forzando il ragionamento, sembrerebbe, dunque, che le periferie, tutte in relazione ad un territorio/zona considerata centrale, inducano a comportamenti piuttosto simili (anche a livello sanitario) a diverse tipologie di persone, anche in ordine alla minore disponibilità di servizi considerati di base mentre nei centri

sembrerebbero maggiori i fattori che inducono a comportamenti diversi e a scelte eterogenee fra le popolazioni ivi residenti.

Ovviamente, queste affermazioni non sono supportate da dati statistici: solo una rielaborazione degli stessi indicatori usati fino ad ora in territori più specifici e che tengano conto delle caratteristiche del centro di riferimento delle zone periferiche potrebbe corroborare l'ipotesi, tuttavia una parcellizzazione più spinta dei dati (e degli indicatori) sarebbe anche problematica, non garantendo affatto una comparabilità corretta dei risultati che si otterrebbero.

Un'ultima considerazione riguarderebbe la possibilità che la distanza dei residenti dai comuni centrali, fornitori di servizi basilari, influisca sui valori numerici ottenuti negli indicatori d'ospedalizzazione.

Trovare, cioè, una relazione fra i minori tassi d'ospedalizzazione delle popolazioni italiane e straniere e le diverse tipologie di comuni utilizzata fino ad ora (basata, appunto, sull'assunto della presenza di servizi di base – tra cui quelli sanitari-ospedalieri – e il tempo impiegato per raggiungerli): occorre osservare nuovamente la distribuzione dei tre gruppi di indicatori sui territori regionali.

Se si considera la popolazione italiana in Sardegna, quasi tre quozienti su quattro con i valori più bassi di ospedalizzazione si situano nei comuni delle aree interne (in particolare in quelli periferici e ultra periferici) e il restante quarto è concentrato soprattutto nei comuni della cintura (e solo per il gruppo di indicatori relativi alle popolazioni specifiche).

Nelle Marche la situazione è molto più segmentata poiché i valori minimi si bipartiscono in quote abbastanza simili tra i comuni dei centri (ma mai in quelli polo) e nei soli comuni periferici.

La popolazione straniera, invece, concentra i quozienti d'ospedalizzazione con i valori più bassi in Sardegna per due terzi nei comuni delle aree interne (periferici e ultra periferici) e per il rimanente terzo soprattutto nei comuni polo (indicatori strutturali).

Nelle Marche, invece, i valori minimi realizzati dalla popolazione straniera sono quasi tutti situati nelle aree interne, con una maggiore concentrazione nei comuni periferici.

Quindi in buona parte sembra confermata l'esistenza di una relazione tra valori minimi dei quozienti d'ospedalizzazione dei residenti e la relativa distanza del luogo di residenza dall'ubicazione dell'istituto ospedaliero/sanitario, ma resta da vedere se questo basso tasso sia il frutto di una difficoltà/impossibilità a raggiungere (e a rimanere per il tempo necessario) nel luogo di potenziale ricovero e ad una forzata indole comportamentale che limita il ricorso all'offerta sanitaria ospedaliera ai casi più gravi e urgenti oppure sia il risultato di un migliore stato di salute derivato da una maggiore salubrità delle condizioni e degli stili di vita nelle aree più lontane dai poli comunali.

Qualora l'impianto degli indicatori così costruito sia riconosciuto come valido, sembra difficile collegare bassi tassi d'ospedalizzazione specifici alle migliori condizioni di salute mentre più pertinente appare il legame con la distanza temporale.

Infatti, più che i valori calcolati nei territori periferici e anche tralasciando i minori tassi ospedalieri ottenuti dalle popolazioni straniere, è la minore concentrazione dei bassi tassi nei comuni polo a fornire una chiave di lettura: dove le strutture ospedaliere sono facilmente raggiungibili difficilmente si osservano quozienti d'ospedalizzazione minori.

Anche nelle Marche dove per la popolazione italiana alcuni quozienti minori si concentrano sui poli intercomunali (tralasciando i comuni della cintura), il fattore "distanza" potrebbe essere egualmente significativo poiché in questi due luoghi, la mobilità non è così agevole come si supponga, dovendo, comunque, viaggiare per raggiungere il servizio sanitario di cui si ha bisogno.

In conclusione: non si possono formulare spiegazioni specifiche e non si riuscirà ad avere conferma delle supposizioni sopra elaborate senza un valido supporto statistico che analizzi compiutamente le condizioni economico-sociali, nonché comportamentali, delle popolazioni residenti nei comuni e raggruppati proprio come fatto in questo studio.

Bibliografia

- Agenzia per la Coesione Territoriale (ACT) (2014), *Strategia nazionale per le Aree Interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*, Roma: http://www.agenziacoesione.gov.it/it/arint/Cosa_sono/
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), *Immigrazione e salute: percorsi di integrazione sociale*, Bologna: Il Mulino.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane (ONSRI) (2017), *Rapporto Osservasalute 2016*, Roma: Università Cattolica-IBSA.
- Pasini N. (a cura di) (2011), *Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, Milano: Franco Angeli.
- Pullini A., (a cura di) (2011), *Diseguaglianze sociali e di salute*, Quaderni Ismu, n. 3/2011, Milano - ottobre 2011.
- Saraceno C., Sartor N., Sciortino G. (a cura di) (2013), *Stranieri e disuguali*, Bologna: Il Mulino, pp. 197-224.
- Tognetti Bordogna M. (2012), *Donne e percorsi migratori*, Milano: Franco Angeli, pp.142-168.

ABSTRACT

Hospital Discharge Register (HDR) provides several statistics and information about population that uses health services: the Macerata's Osservatorio sul Fenomeno Immigrazione elaborates these data and derived indicators in order to compare different nationalities, also resident in individual municipalities.

Based on previous experience, this study analyzes regional data comparing Italian and foreign population living in Sardinian and Marche municipalities, using a subdivision of the territory in "poles" and "areas" with different degrees of outskirts (suburbs) developed by Agenzia per la Coesione Territoriale.

The reference period is 2010-2015.

In addition to the hospitalization rate and the average hospitalization period, the project calculates and examines some Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni's synthetic health indicators to obtain an overview of the resident and hospitalized population structure.

At the same time, medical records drawn from hospital admissions give some diagnoses and interventions to measure the health potential in different areas.

Finally, further reflection tips are suggested by analyzing specific categories of population such as women, children and elderly people.

Tabella 15A – Indicatori strutturali: RO per genere – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	RO				RO - M				RO - F			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiane		straniere	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	134,5	135,9	87,8	70,7	133,9	131,9	63,2	50,2	135,1	139,5	107,3	87,6
B – P. intercomunale	133,4	...	86,3	...	134,9	...	59,8	...	132,0	...	109,3	...
C - Cintura	127,0	122,3	87,8	74,2	125,6	115,7	60,2	53,5	128,4	128,9	112,5	90,2
D - Intermedio	138,2	120,9	77,5	78,4	139,5	116,2	52,9	57,0	136,9	125,5	98,2	94,4
E - Periferico	153,4	124,7	73,6	75,2	157,4	122,1	49,3	51,6	149,4	127,1	94,6	91,6
F – Ultra periferico	...	127,6	...	83,9	...	123,8	...	51,8	...	131,3	...	111,3
Tot. regionale	132,2	126,6	86,1	76,4	131,8	122,1	60,1	52,1	132,6	130,9	108,1	95,5

Tabella 16A – Indicatori strutturali: DH per genere – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	DH				DH - M				DH - F			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiane		straniere	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	40,8	52,4	22,6	20,2	40,5	50,5	14,7	11,9	41,1	54,2	28,8	27,0
B – P. intercomunale	35,4	...	19,7	...	33,6	...	10,5	...	37,1	...	27,6	...
C - Cintura	36,8	48,1	19,5	21,8	35,8	44,7	12,5	13,2	37,8	51,4	25,8	28,5
D - Intermedio	33,8	46,3	14,5	24,0	34,2	43,6	9,3	15,5	33,4	49,0	18,9	30,3
E - Periferico	31,5	45,4	12,8	23,3	31,6	43,4	9,5	13,0	31,4	47,3	15,6	30,4
F – Ultra periferico	...	42,0	...	23,4	...	38,2	...	8,9	...	45,7	...	35,8
Tot. regionale	37,7	47,4	19,9	22,3	37,1	44,7	12,6	11,9	38,3	50,1	26,0	30,5

Tabella 17A – Indicatori strutturali: RO acuti, in lungodegenza e riabilitativi – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	RO acuti				RO lungodegenza				RO riabilitazione			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	95,3	97,4	98,5	99,1	2,4	1,1	0,6	0,4	2,2	1,6	0,9	0,5
B – P. intercomunale	95,5	...	98,9	...	1,8	...	0,2	...	2,7	...	0,9	...
C - Cintura	94,3	97,8	98,5	98,4	3,2	0,8	0,7	0,5	2,5	1,4	0,8	1,1
D - Intermedio	91,2	98,1	98,5	98,5	5,2	0,6	0,7	0,5	3,6	1,2	0,7	1,0
E - Periferico	86,3	98,2	98,6	99,4	8,0	0,5	0,9	0,1	5,7	1,3	0,5	0,5
F – Ultra periferico	...	97,8	...	99,6	...	0,7	...	0,1	...	1,5	...	0,3
Tot. regionale	94,2	97,8	98,5	99,1	3,2	0,8	0,6	0,3	2,6	1,4	0,8	0,6

Tabella 18A – Indicatori sugli stati di salute: malattie metaboliche, psicologiche e tumorali – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	malattie metaboliche				malattie psicologiche				malattie tumorali			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	29,3	31,0	17,6	12,6	1,8	2,6	0,8	1,2	162,5	173,2	71,2	67,9
B – P. intercomunale	21,7	...	12,3	...	2,0	...	1,0	...	187,4	...	69,2	...
C - Cintura	25,8	27,6	15,5	19,2	1,5	2,5	0,6	1,7	165,9	146,6	74,1	77,8
D - Intermedio	25,5	27,6	14,4	11,5	1,8	2,6	0,5	0,7	158,1	149,5	58,2	85,5
E - Periferico	30,2	29,5	12,7	12,5	2,1	2,4	14,6	0,7	142,3	144,7	31,8	73,6
F – Ultra periferico	...	25,2	...	6,6	...	2,4	...	1,0	...	136,9	...	61,0
Tot. regionale	26,8	28,5	15,8	11,9	1,7	2,5	1,0	1,0	165,1	151,9	69,7	70,6

Tabella 19A – Indicatori su specifiche popolazioni: DRG 60, 70 e 184 – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	tonsillectomia./adenoidectomia. (60) su SDO				otite/infezioni respiratorie (70) su SDO				esofagite./malattie apparato digerente (184) su SDO			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	28,9	24,8	18,6	12,2	12,6	27,7	13,4	15,6	25,7	35,7	29,2	45,1
B – P. intercomunale	27,5	...	19,3	...	5,1	...	3,0	...	21,1	...	17,3	...
C - Cintura	28,5	28,8	14,2	3,1	11,9	18,7	11,6	18,6	23,5	28,6	21,1	31,0
D - Intermedio	31,4	30,8	28,6	19,9	14,6	17,0	7,5	34,8	21,6	33,4	21,6	44,8
E - Periferico	29,3	31,1	5,7	26,2	18,0	20,4	0,0	19,7	30,0	36,3	51,1	32,8
F – Ultra periferico	...	33,9	...	18,4	...	24,1	...	22,2	...	40,2	...	30,9
Tot. regionale	28,9	29,4	17,8	16,0	12,0	21,6	10,8	20,9	24,0	34,2	23,9	35,7

Tabella 20A – Indicatori su specifiche popolazioni: incidenza dei DRG 60, 70 e 184 – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	Int. su minori (60+70+184) su SDO				Int. su minori (60+70+184) su pop. minor.			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	67,1	88,2	61,1	72,9	9,4	13,5	6,8	4,3
B - Polo intercomunale	53,8	...	39,6	...	7,1	...	4,4	...
C - Cintura	63,8	76,1	46,9	52,6	8,7	11,5	4,9	3,5
D - Intermedio	67,6	81,2	57,7	99,5	9,3	11,8	4,8	4,8
E - Periferico	77,3	87,7	56,8	78,7	10,6	12,0	3,0	3,7
F – Ultra periferico	...	98,2	...	71,5	...	14,6	...	7,5
Tot. regionale	64,9	85,2	52,4	72,5	8,9	12,6	5,5	5,0

Tabella 21A Indicatori su specifiche popolazioni: interventi ad alto impatto sociale sulla popolazione anziana – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	bypass coronarico				chirurgia: protesi anca				angioplastica coronarica			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	141,3	101,4	105,7	51,0	613,0	408,8	306,5	357,1	345,0	363,7	317,1	306,1
B – P. intercomun.	161,0	...	104,4	...	596,2	...	243,6	...	399,6	...	382,7	...
C - Cintura	146,3	108,6	103,2	0,0	572,4	314,1	253,9	0,0	335,7	369,6	150,8	654,5
D - Intermedio	138,9	84,3	91,7	152,3	556,8	294,1	110,0	76,2	391,4	350,2	238,4	304,6
E - Periferico	136,7	95,8	0,0	40,4	576,9	337,4	132,1	121,2	412,4	306,8	264,2	161,6
F – Ultra periferico	...	116,0	...	36,7	...	387,3	...	219,9	...	339,7	...	73,3
Tot. regionale	144,5	100,5	99,5	50,8	588,3	350,7	240,8	172,6	354,2	345,9	240,8	253,8

Tabella 22A – Indicatori su specifiche popolazioni: incidenza degli interventi ad alto impatto sociale – Marche e Sardegna (2010-2015)

Centri/aree interne	tot. interv. geront. su pop +65anni				tot. interv. geront. su SDO +65anni			
	italiani		stranieri		italiani		stranieri	
	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard	Marc	Sard
A - Polo	1099,4	873,8	729,3	714,3	64,9	33,2	46,7	33,6
B - Polo intercomunale	1156,8	...	730,7	...	67,3	...	62,3	...
C - Cintura	1054,5	792,3	507,8	654,5	64,3	31,1	38,2	38,1
D - Intermedio	1087,2	728,5	440,1	533,1	60,4	31,4	50,0	37,6
E - Periferico	1126,1	740,0	396,3	323,2	53,8	31,3	44,1	25,8
F – Ultra periferico	...	843,0	...	329,9	...	33,9	...	33,1
Tot. regionale	1086,9	797,1	581,1	477,1	64,0	32,1	44,8	33,1