

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2010

Il Rapporto Osservasalute analizza, come ogni anno dal 2003, lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati nei Sistemi Sanitari Regionali.

Lo stato di salute risulta complessivamente buono, ma aumentano sempre più, nella maggior parte delle dimensioni esplorate, le differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne, sia nello stato di salute che nell'organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie. Osservasalute 2010 ha anche realizzato una serie di analisi dedicate ai 10 anni di federalismo sanitario nel nostro Paese: nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute e nell'aspettativa di vita della popolazione, legati ai miglioramenti nelle condizioni di vita e di assistenza conseguenti allo sviluppo socio-economico dei passati decenni, i principali indicatori di mortalità e morbosità dimostrano come il nostro Paese sia ancora attraversato da differenze geografiche e socio-demografiche a sfavore delle aree e delle posizioni sociali più svantaggiate, in particolare fra i soggetti meno istruiti, quelli di bassa classe sociale, i meno abbienti ed i più poveri di risorse di rete familiare.

Ecco i principali risultati:

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione. La popolazione residente continua ad aumentare, anche rispetto al biennio 2007-2008, per effetto della componente migratoria e della fecondità in lieve ripresa, soprattutto nelle regioni del Centro-Nord, per l'apporto delle donne straniere, ma anche delle italiane di età più avanzata.

Il saldo naturale medio del biennio 2008-2009 si è mantenuto costante rispetto al periodo precedente (2007-2008), mentre il saldo migratorio si è attestato su un valore medio nazionale del +6,8%, grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord. Si continua a registrare un movimento migratorio interno al Paese, specie in uscita dalle regioni meridionali (ad esclusione di Abruzzo e Sardegna), verso quelle centro-settentrionali (specie Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento, Toscana e Umbria).

La quota degli anziani continua a crescere, sia degli ultra 65enni che degli ultra 75enni. È aumentata la quota di over 65 anni che vive in un nucleo monocomponente (si stima che il 27,8% degli anziani nel 2008 vivesse in questa condizione, con una definita prevalenza femminile, specie se si considerano gli over 75 anni).

Sopravvivenza e mortalità. Si confermano i dati provvisori riportati nel Rapporto Osservasalute 2009.

Nel 2007, la speranza di vita alla nascita è stata pari a 84 anni per le donne ed a 78,7 anni per gli uomini. Quest'anno, Osservasalute analizza i dati disaggregandoli per provincia: in assoluto, quella con la più alta speranza di vita per gli uomini è Ravenna con 80,2 anni; le più basse, a pari merito, sono nel Sud, Napoli e Nuoro con 76,4 anni. Tra le donne, le aree più favorite sono quelle del Centro e del Nord-Est. La mortalità per malattie del sistema circolatorio resta la prima causa di morte, seguita dai tumori: per entrambe il divario Nord-Sud è sempre presente. Nel primo, predominano le morti per tumore, nel secondo, quelle per cause cardio-circolatorie. Se l'analisi evidenzia una generale riduzione dei tassi di mortalità sia negli uomini che nelle donne, passando alla geografia della mortalità per i grandi gruppi di cause, il profilo territoriale assume caratteristiche maggiormente delineate. Analizzando le cause separatamente per genere si osserva che, per le malattie del sistema circolatorio, le province dell'area meridionale sono caratterizzate da una maggiore mortalità femminile rispetto al resto del Paese.

Diversamente da quanto osservato per le malattie del sistema circolatorio, la mortalità per i tumori maligni ha una configurazione territoriale simile per i 2 generi. In particolare, le aree a più elevata mortalità, sia per gli uomini che per le donne, sono più frequentemente le province settentrionali del Paese. Nelle province che hanno fatto registrare la più forte contrazione della mortalità oltre l'anno di vita si nota come il contributo più importante sia apportato, sia per gli uomini che per le donne, dalla riduzione delle malattie del sistema circolatorio.

Fattori di rischio, stili di vita. *Fumo:* nel Centro-Sud il fumo di sigaretta è più diffuso che nel Nord. Rispetto ai dati del 2007, si evidenzia un aumento dei fumatori soprattutto in Calabria (che passano dal 17,0% al 20,6%) ed in Puglia (dal 20,8% al 22,5%) ed una diminuzione in Liguria (dal 23,2% al 20,2%). La prevalenza di persone che ha smesso di fumare è passata dal 20,2% nel 2001 al 22,2% nel 2008.

Alcol: l'analisi conferma, ormai da anni, la consolidata tendenza di una significativa quota della popolazione ad indulgere su un'assunzione non moderata di alcol; in particolare, ciò riguarda la popolazione maschile

con picchi tra gli ultra 65enni e, tra i giovanissimi, soprattutto le ragazze. I consumatori a rischio coprono, invece, il 18% della popolazione maschile e l'11,4% di quella femminile di età >11 anni.

Nutrizione: nel 2008, la percentuale di coloro che hanno consumato almeno "5 o più porzioni al giorno di verdura, ortaggi e frutta", è ancora bassa (5,7%), ma in compenso in incremento lieve e costante dal 2005. Un ulteriore aspetto positivo è che il livello dell'indicatore è correlato positivamente al consumo di verdure ed ortaggi (fonti di fibre) più che al consumo di frutta (fonte di zuccheri semplici). L'evoluzione dei consumi alimentari, nel contesto e nella dinamica economica attuali, ha confermato la mensa come luogo più associato al consumo di verdura, ortaggi e frutta.

Ogni anno, nel nostro Paese, circa 50.000 decessi vengono attribuiti all'obesità, i cui tassi si mostrano in preoccupante aumento soprattutto tra bambini ed adolescenti. In Italia, più di 1/3 della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre circa 1 persona su 10 è obesa; in totale, il 45,4% della popolazione oltre i 18 anni è in eccesso ponderale. Confrontando i dati del 2008 con quelli dell'anno precedente, si osserva la tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso nella maggior parte delle regioni, senza differenze geografiche; lievi, ma non significative, diminuzioni si riscontrano in Campania e Sicilia.

Sport: la pratica sportiva ha interessato ancora solo meno di 1/3 della popolazione, mentre 4 italiani su 10 hanno dichiarato abitudini sedentarie. Il fenomeno è, tuttavia, in linea con i dati epidemiologici dei Paesi sviluppati, mentre l'analisi territoriale conferma come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, specialmente in Campania (53,9%), Calabria (54,6%) e Sicilia (61,8%). I livelli di attività fisica stanno diminuendo in tutto il mondo soprattutto tra i giovani: avviene anche in Italia, dove solo 1 bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato per la sua età ed 1 bambino su 2 guarda la televisione o gioca con i videogiochi per più di 3 ore al giorno. La popolazione giovane-adulta femminile (con un'aspettativa media di vita più lunga, ma anche un maggior rischio per malattie croniche nell'età adulta ed anziana), è decisamente meno "attiva" rispetto a quella maschile.

Prevenzione. Vaccinazioni: la copertura vaccinali registrate nel 2009 si sovrappongono, mediamente, a quelle americane ed europee e non si discostano in modo significativo da quelle rilevate dal Rapporto Osservasalute 2009, anche se è possibile notare un lieve decremento delle vaccinazioni da attribuirsi, probabilmente, a problemi legati a flussi informativi. Per alcune malattie, i dati delle coperture vaccinali sono ancora disomogenei sul territorio nazionale. Infatti, sebbene i risultati mostrino il raggiungimento di coperture vaccinali >95% per Poliomielite, Difterite e Tetano, Epatite B, Pertosse e *Haemophilus influenzae* di tipo b, soltanto 9 bambini su 10 vengono vaccinati nel secondo anno di vita contro Morbillo, Parotite e Rosolia. Rimangono ancora alcune zone del territorio in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo previsto del 95% (PA di Bolzano, Molise, Campania e Calabria). Da sottolineare, il ridotto tasso di copertura vaccinale per l'Epatite B che si è registrato nel 2009 in Veneto (90,6%) rispetto agli anni precedenti: ciò potrebbe essere ascrivibile alla sospensione dell'obbligo vaccinale nel 2008.

Osservasalute tira le somme sulla stagione vaccinale stagionale antinfluenzale 2009-2010 e sulla pandemia A/H1N1: il 19,6% della popolazione nazionale ha ricevuto il vaccino antinfluenzale stagionale e per tutte le classi di età al di sotto dei 65 anni è stato osservato un aumento delle coperture rispetto all'anno precedente, in particolare nei soggetti di età <5 anni (dal 4,6% al 6,1%). Negli ultra 65enni, la copertura vaccinale antinfluenzale stagionale è rimasta in linea con le campagne vaccinali precedenti. Nonostante la concomitante pandemia A/H1N1, non si è registrato un aumento delle vaccinazioni con il vaccino antinfluenzale stagionale, diversamente da quanto avvenuto nella stagione 2005-2006 quando vi fu un picco di vaccinazioni del 68,3%, ascrivibile al rischio percepito di pandemia da influenza aviaria. Nessuna regione, ad eccezione dell'Umbria (77,5%), ha, infatti, raggiunto l'obiettivo minimo di copertura del 75%. In merito alla vaccinazione specifica A/H1N1, dall'inizio della campagna vaccinale sono state somministrate, complessivamente, 871.277 prime dosi e 52.780 seconde dosi, con una copertura vaccinale totale del 4,14%. La categoria che ha registrato la più alta copertura è stata quella degli operatori sanitari (15,03%). A seguire, nella popolazione generale, le donne con condizioni di rischio (12,74%), quelle in secondo e terzo trimestre di gravidanza (12,12%) e gli anziani (1,91%). Nel periodo di sorveglianza (dalla metà di ottobre 2009 ai primi di maggio 2010), sono stati stimati 5 milioni e 582 mila nuovi casi di sindrome influenzale, con 259 decessi. Il 41,7% delle morti erano donne e la classe di età più colpita è stata quella di 45-64 anni (34%). La regione più interessata dalla mortalità è risultata la Campania (20,1% delle morti per A/H1N1).

Screening: Osservasalute conferma le disomogeneità territoriali nella capacità di diffusione ed invito e nella partecipazione della popolazione alle campagne di prevenzione secondaria. Le regioni meridionali fanno registrare, tuttavia, alcuni miglioramenti per gli indicatori esposti. Rispetto al precedente anno, la proporzione di donne raggiungibili dal programma di screening è passata, per il tumore della mammella dall'81% all'87%, per il cervico-carcinoma dal 72% al 75% e, per il tumore del colon-retto, dal 47% al 53%. L'estensione effettiva, ovve-

ro la proporzione di donne effettivamente invitate dal programma di screening, si è incrementata nello screening mammografico dal 62% al 69% e nello screening citologico dal 55% al 63%. Resta stabile (intorno al 37%), invece, per i tumori colon-rettali.

Incidenti: in Italia, ogni giorno, si verificano, mediamente, circa 600 incidenti stradali, che causano il ferimento di 849 persone e la morte di 13. Il tasso medio di incidenti stradali, nel periodo 2006-2008, segue un divario Nord-Sud con i tassi più alti in Liguria, Toscana, Emilia-Romagna e Lazio, e più bassi in Basilicata, Molise e Calabria. La mortalità è più elevata tra gli uomini che tra le donne, e più in Emilia-Romagna, Marche e Veneto. Nello stesso periodo, tuttavia, il valore medio dell'indice di gravità è stato registrato in Molise ed in Basilicata. Quest'anno Osservasalute si è concentrato anche sui cosiddetti infortuni in itinere che rappresentano circa il 12% del complesso delle denunce pervenute annualmente all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) (tasso raddoppiato dal 2001 ad oggi); la percentuale sale al 26% circa se si considerano i soli casi mortali. Relativamente agli incidenti domestici risulta che siano rimaste coinvolte annualmente circa 3 milioni e 188 mila persone, pari a 54 abitanti su 1.000. I più colpiti sono donne, bambini ed anziani, coloro, cioè, che trascorrono più tempo in casa.

Ambiente. Lo smaltimento idoneo dei rifiuti solidi urbani rappresenta uno dei fenomeni oggi di maggiore pressione non solo in termini ambientali, ma anche politici, economico-sociali e sanitari. La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2008, ha raggiunto i 32,47 milioni di tonnellate, valore leggermente inferiore rispetto al 2007.

Relativamente alle principali modalità di gestione, la quota di rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2008, con quasi 16 milioni di tonnellate, si è ridotta in 1 anno del 5,5%. La capacità media nazionale di termodistruzione ha raggiunto il 12,8% del totale dei rifiuti solidi urbani, molto al di sotto della media dei principali Paesi europei (20%) ed ha superato 4,1 milioni di tonnellate di rifiuto trattato. La quota di rifiuti solidi urbani smaltiti con la raccolta differenziata, nel 2008, ha raggiunto, a livello nazionale, il 30,6%, valore che incrementa di 3,1 punti percentuali il dato rilevato nel 2007. Come nei precedenti anni, anche nel 2008 il contributo maggiore alla crescita complessiva è dato dalle regioni settentrionali dove il sistema di raccolta risulta già particolarmente sviluppato da anni. La quantità totale di rifiuti speciali prodotta, nel 2006, è pari a circa 135 milioni di tonnellate di cui il 7% (9,2 milioni) da rifiuti speciali pericolosi.

Per l'inquinamento da polveri fini, nel 2008, il valore medio nazionale è stato di 28 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ed una sola regione, la Campania, ha superato di 2 unità il valore limite di 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Il valore limite delle concentrazioni medie giornaliere di PM_{10} , nel 2008, è stato superato una volta ogni 10 giorni circa, valore in calo rispetto alle rilevazioni del precedente anno.

Il consumo pro capite giornaliero di acqua potabile è pari a 252 litri, ma la percentuale di acqua erogata corrisponde solo al 67,95% di quella immessa nelle reti di distribuzione comunali, con forti differenze relativamente alla disponibilità di acqua nelle diverse regioni.

Alcuni dati epidemiologici. *Malattie cerebro e cardiovascolari:* sono responsabili di circa il 39% di tutti i decessi registrati annualmente e rappresentano la causa di morte più frequente in Italia.

Per le malattie ischemiche del cuore si rileva che, in quasi tutte le regioni e per entrambi i generi, i tassi di ospedalizzazione si siano ridotti tra il 2007 ed il 2008 e che gli uomini continuino ad essere ricoverati più del doppio delle donne. Nel 2008, i tassi più elevati di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore si registrano, sia per gli uomini che per le donne, in Campania ed a seguire in altre regioni del Sud.

Anche per le malattie cerebrovascolari, con poche eccezioni, tra il 2007 ed il 2008, in quasi tutte le regioni ed in entrambi i generi, si è evidenziato un trend decrescente nei ricoveri ospedalieri. È difficile interpretare le differenze geografiche riscontrate per le malattie cardio e cerebrovascolari, anche se rilevante è l'influenza degli stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo) e delle disuguaglianze economiche, sociali e geografiche che determinano accessibilità ed esiti differenti rispetto alle attività di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione.

Diabete: in Italia, più di 70.000 persone si ricoverano in ospedale ogni anno per diabete, con le regioni del Centro-Nord che presentano tassi di ospedalizzazione significativamente più bassi rispetto alle regioni del Sud. Negli ultimi anni la mortalità per diabete ha mostrato un andamento altalenante, pur rimanendo esso una delle principali cause di decesso. Anche per il 2006 ed il 2007 i tassi di mortalità sono leggermente più alti negli uomini, soprattutto al Sud e nelle Isole.

Il Rapporto Osservasalute prende in considerazione l'andamento di alcune infezioni a trasmissione sessuale (gonorrea e sifilide), respiratoria (morbillo, varicella, rosolia, parotite, scarlattina e pertosse), oltre che di tubercolosi e legionellosi. Alcune di queste malattie, come il morbillo, la rosolia, la scarlattina e la legionellosi, mostrano tassi in aumento rispetto alle precedenti rilevazioni. In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie, alla mortalità ed ai ricoveri ospedalieri, si può affermare che il quadro italiano della diffusione della tubercolosi

non suscitò particolare preoccupazione. In particolare, nell'ultimo decennio, il tasso di incidenza nella popolazione generale è rimasto stabilmente sotto la soglia dei 10 casi per 100.000. Tuttavia, la distribuzione della frequenza della malattia non è omogenea in tutta la penisola, dal momento che i casi si concentrano, prevalentemente, nelle regioni del Centro-Nord. Il tasso di incidenza per legionellosi, nel 2008, è stato pari a 19,87 casi per milione di abitanti, in aumento e con un chiaro gradiente decrescente Nord-Sud.

Tumori: i tumori della mammella sono i più frequenti nelle donne (42% del totale) seguiti dai tumori del colon-retto (12%), dell'endometrio (7%) e della tiroide (5%). Negli uomini, il 22% dei casi prevalenti è dovuto a tumori della prostata, il 18% a tumori della vescica ed il 15% a tumori del colon-retto. L'epidemiologia dei tumori in Italia conferma ancora il divario nell'incidenza, più elevata nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali, che, tuttavia, si riduce rispetto al passato. Tra gli uomini, nell'ultimo decennio, si nota una riduzione di incidenza nel Nord e nel Centro contrastata da un aumento in alcune regioni del Sud. I tassi di incidenza nelle donne, invece, sono stimati in aumento in tutte le regioni, con una crescita più accentuata in alcune regioni del Sud. La mortalità per tutti i tumori è in costante riduzione negli ultimi anni, sia per gli uomini che per le donne, nelle regioni del Nord e del Centro in misura maggiore rispetto al Sud.

Disabilità: la spesa pro capite dei comuni per le persone disabili che vivono in famiglia o in residenze assistenziali è cresciuta fino a 2.184 € nel 2006. I valori di spesa sono molto variabili sul territorio, decrescenti da Nord a Sud: i comuni del Nord-Est hanno sopportato una spesa media pro capite quadruplicata rispetto a quelli del Sud. I forti divari territoriali che si riscontrano nella spesa pro capite si attenuano quando si analizza questa in rapporto alla spesa totale dei comuni: si evidenzia, allora, il deficit di potenzialità di spesa complessiva delle zone a Sud del Paese. I divari riguardano anche la tipologia di servizio erogato: al Nord si privilegia l'erogazione di servizi alla persona, mentre il Sud predilige i trasferimenti monetari. L'analisi si è anche soffermata sulla presenza di servizi/attrezzature per disabili nelle scuole: quelle secondarie di I grado presentano una situazione più accessibile agli alunni con disabilità rispetto alle scuole di ordine inferiore. Si nota un gradiente Nord-Sud con situazioni estreme in Calabria, dove si riscontra più di frequente la presenza di barriere architettoniche, e nella Provincia Autonoma di Trento che, al contrario, ha il minor numero di scuole non a norma, in particolare per ciò che riguarda le barriere fisiche.

Disturbi psichici: il tasso grezzo di dimissione ospedaliera per disturbi psichici mostra una riduzione dal 2003 al 2008 (ultimo anno disponibile), con un valore medio nazionale che passa dal 48,88 al 44,95 per 10.000. Nel 2007-2008, tuttavia, tale riduzione si è acuita.

L'utilizzo di farmaci antipsicotici (classe N05A), utilizzati soprattutto nella terapia della schizofrenia e dei disturbi psicotici, nell'ultimo anno è lievemente incrementato, dopo un evidente periodo di diminuzione: ciò può essere parzialmente giustificato dall'impiego degli antipsicotici atipici per trattare disturbi comportamentali nei pazienti con demenza. Permane invariato il gradiente Nord-Sud nell'uso, con alcune regioni meridionali (Abruzzo, Calabria, Sicilia, Sardegna) che presentano valori doppi rispetto a quelle del Nord.

Anche l'uso di farmaci antidepressivi (N06A) è in un continuo aumento, indistintamente in tutte le regioni. La crescente prescrizione di tali farmaci, anche per forme depressive più lievi, per ansia e/o attacchi di panico, specie dai Medici di Medicina Generale (MMG), può essere ascritta alla riduzione dello stigma sociale e culturale intorno all'ansia ed alla depressione. Occorre, tuttavia, tenere in considerazione che questi farmaci vengono sempre più utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche, come a supporto nella terapia del dolore. Le regioni del Centro-Nord risultano avere maggiori consumi rispetto a quelle del Sud nelle quali si registra, comunque, un diffuso trend in aumento. Aumentano gli utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), con un tasso medio nazionale di circa 28 utenti per 10.000 abitanti, e con variabilità interregionale di accessi per le dipendenze da tutte le sostanze (valori minimi per la Provincia Autonoma di Bolzano e massimi per l'Abruzzo).

Per quanto riguarda il ricorso ai SerT per consumo di cocaina, si assiste, dal 2005 al 2007, ad un aumento a livello nazionale ed in quasi tutte le regioni.

Salute materno-infantile. Osservasalute registra una quota non trascurabile di nascite in strutture che realizzano meno di 500 parti l'anno, standard minimo per cure perinatali qualitativamente accettabili e con ampia variabilità territoriale. L'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo (39%) colloca, inoltre, l'Italia ancora lontano dagli standard qualitativi internazionali, sebbene nel 2008 si sia osservata una stabilizzazione dell'indicatore. Anche in questo caso si rilevano notevoli differenze tra le regioni, con i valori più elevati nel Sud. Nel Rapporto di quest'anno è stato analizzato un nuovo indicatore sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza: la dotazione di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale, presenti in 125 dei 551 punti nascita monitorati. La mortalità infantile e quella neonatale si riducono ancora, sebbene permanga il divario tra Nord-Centro e Sud, dove gli indicatori registrano valori superiori.

Dai dati del 2008 si evidenzia, inoltre, la crescita del ricorso tra gli italiani a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita.

Aumenta da tempo il fenomeno dell'abortività spontanea, associabile anche al crescere dell'età media alla gravidanza, mentre i dati dell'interruzione volontaria di gravidanza confermano una stabilizzazione generale, dopo una notevole diminuzione tra il 1985 ed il 1995. L'Italia registra per questo indicatore, nel confronto internazionale, uno tra i valori più bassi, anche se continua ad essere elevato, specie in alcune regioni, il ricorso a tale pratica tra le donne straniere.

Salute degli immigrati. Gli stranieri residenti in Italia raggiungono quasi i 4 milioni, pari al 6,5% della popolazione residente. In particolare, la quota di cittadini stranieri si assesta su valori più elevati in molte regioni del Centro-Nord con più del 9%, in particolare, in Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto. La presenza straniera regolare è particolarmente contenuta nel Mezzogiorno, specie in Puglia e Sardegna, con meno del 2%. Dai dati emerge, inoltre, un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con uno che con entrambi i genitori stranieri. La quota più elevata è quella dei nati da madre straniera: nel 2008, quasi 16 nascite su 100.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Aspetti economico-finanziari. Il rapporto spesa sanitaria pubblica corrente/Prodotto Interno Lordo (PIL) è passato, nel 2007, al 6,59% (rispetto al 2006, tale indicatore è calato del 3,14%). I valori sono allineati alla media dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), anche se costantemente inferiori a Germania, Francia, Norvegia, Danimarca ed USA e, solo, dal 2006, al Regno Unito. Il valore medio nazionale è, tuttavia, effetto di un forte gradiente tra le regioni, dal Nord (4,90% in Lombardia) al Sud (10,76% in Calabria).

L'analisi dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL va interpretata insieme all'ammontare del PIL pro capite: in questo caso si dimostra come le regioni dove questo è più elevato registrano un rapporto spesa/PIL più basso e viceversa.

Fra il 2008 ed il 2009, l'ammontare della spesa sanitaria pro capite, a livello nazionale, è aumentata dell'1,91% (del 27,80% rispetto dal 2003). Il valore medio, pari a 1.816 €, oscilla tra 2.170 € nella PA di Bolzano ed 1.671 € in Sicilia.

Le differenze nella spesa sanitaria pubblica, specie nel rapporto con il PIL, sono ancora troppo marcate tra le regioni, a riprova di inefficienze gestionali, di cattivi o insufficienti investimenti, di ridotta accessibilità ai servizi o, ancora, di prestazioni di bassa qualità.

La spesa è stata, comunque, superiore al finanziamento per ciascun anno: complessivamente, nel periodo 2001-2009, il disavanzo accumulato dalle regioni è stato di circa 35,8 milioni di euro, ossia 609 € pro capite.

I dati nazionali, peraltro, nascondono una situazione molto eterogenea: 3 regioni da sole (Lazio, Campania e Sicilia) hanno generato il 69% dei disavanzi accumulati dal Servizio Sanitario Nazionale, (SSN) nel periodo 2001-2009. Anche nel 2009, il SSN si conferma, complessivamente, in disavanzo: 3,260 miliardi di euro, pari a 54 € pro capite. È da notare, peraltro, come questo sia il disavanzo più basso dal 2004, evidenziando un trend in costante, seppur lenta, diminuzione. Rispetto agli anni precedenti, permangono forti differenze regionali, con un gradiente sempre più ampio tra Nord e Centro-Sud, dove si concentra quasi tutto il deficit. Quanto alle regioni sottoposte ai Piani di rientro, nel 2009 soltanto Sicilia (46 €) ed Abruzzo (37 €) si sono posizionate al di sotto del disavanzo medio pro capite nazionale, mentre Lazio e Molise si confermano le regioni più deficitarie sia nell'anno 2009 (rispettivamente 244 € e 225 € pro capite) che nel dato cumulato 2001-2009 (rispettivamente 2.285 € e 1.803 €). Infine, un evidente deterioramento della situazione economico-finanziaria si registra in Calabria: dal 2009 è anch'essa soggetta al Piano di rientro ed il suo disavanzo è passato da 33 € pro capite nel 2008 a 111 € nel 2009, anche per il venir meno della rilevante copertura da parte del bilancio regionale.

Tutto ciò ha trovato un'inevitabile corrispondenza a livello aziendale: nel periodo 2002-2008 le Aziende con risultati economici non negativi sono state, mediamente, solo il 28%, con frequenze maggiori nelle Aziende Ospedaliere (AO) (44%) rispetto alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) (19%).

A fronte di ciò, nel 2009, le risorse destinate al finanziamento del SSN sono state di circa 106,4 miliardi di €, pari al 7% del PIL. Tuttavia, le regioni meridionali, con l'eccezione del Molise, hanno messo a disposizione un ammontare di risorse monetarie inferiore alle regioni del Nord (fatte salve la Lombardia ed il Veneto) ed anche alla media nazionale.

La ripartizione dei costi per LEA è stata effettuata per l'ultimo anno disponibile, il 2006, e mostra che i macrolivelli che assorbono le maggiori risorse sono l'assistenza distrettuale (48,4% dei costi totali dell'assistenza) e l'assistenza ospedaliera (47,5%). La quota residua, pari a circa il 4%, è assorbita dall'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro.

Le maggiori risorse ancora assorbite dall'assistenza ospedaliera a scapito dell'assistenza distrettuale e della prevenzione collettiva non hanno permesso di conseguire gli obiettivi di ripartizione previsti a livello nazio-

nale del fondo sanitario: rispettivamente, 44%, 51% e 5%.

Le regioni presentano un'ampia variabilità nella distribuzione dei suddetti fondi per macrolivelli di assistenza che può essere, in parte, dettata da una non omogenea modalità di rendicontazione delle voci di spesa nei 3 livelli e può in parte essere considerata "fisiologica", in quanto legata a diversi quadri epidemiologici e/o a modalità assistenziali. Essa può, tuttavia, essere spiegata anche da differenze strutturali (che denotano, in alcune regioni, una sovrabbondanza di servizi ospedalieri) o dall'assenza della volontà di intraprendere adeguate politiche di prevenzione.

In più, la variabilità nella distribuzione della spesa potrebbe essere legata a diseguaglianze nell'erogazione delle prestazioni, con differente grado di fruizione dei servizi ospedalieri e territoriali (eccetto il MMG) nelle diverse fasce della popolazione. È dimostrato come le persone meno istruite e più povere facciano, ad esempio, maggior ricorso all'ospedale piuttosto che alle strutture territoriali.

L'incidenza dei costi sostenuti dalle ASL per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti che prestano assistenza sanitaria nella regione è particolarmente elevata in Lombardia (43,3%), nel Lazio (41,7%) ed in Sicilia (35,8%), con differenze tra le regioni per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni.

Aspetti organizzativi. Sul versante delle strutture accreditate, si nota una riduzione nel 2007 di quelle pubbliche ed un lieve aumento delle private, in particolare in Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia e Sicilia, anche se sempre di numero inferiore. I posti letto si riducono sia nel pubblico che nel privato accreditato, coerentemente con quanto programmato da tempo nella normativa nazionale ed in quella regionale. Tra il 2002 ed il 2009, vi è stata, inoltre, una sostanziale riduzione del numero di ASL (-52 in tutto il territorio).

Sul versante del personale dipendente dal SSN, tra il 2005 ed il 2007 aumentano i medici e gli odontoiatri, ma solo proporzionalmente all'aumentare della popolazione assistita, e, comunque, in maniera insufficiente in previsione della drastica riduzione nei prossimi 10-15 anni per quiescenza del personale. Ancor più grave è la situazione relativa al personale infermieristico, il cui numero, sia pure in aumento tra il 2005 ed il 2007, è ancora insufficiente rispetto ai fabbisogni della popolazione ed al conseguente dimensionamento dell'offerta di assistenza.

Assistenza territoriale. I pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono in continua crescita, attestandosi su 834 casi per 100.000 abitanti. A livello nazionale, nel corso del 2008, sono stati, infatti, assistiti presso il proprio domicilio quasi 500 mila pazienti. L'ADI è erogata, prevalentemente, a soggetti anziani (80,7% del totale). Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole disomogeneità regionale e, nelle regioni dove si rileva la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero, si registra un aumento del numero di pazienti assistibili in ADI. Aumenta anche la quota di ADI per malati terminali, sempre in un quadro con notevoli differenze tra Nord e Sud.

I presidi residenziali per la *long-term care* sono 7.577 (pari a 12,86 strutture ogni 100.000 abitanti), con una dotazione di circa 308 mila posti letto. L'indicatore continua a presentare differenze marcate tra le regioni e, tranne alcune, un gradiente Nord-Sud. Gli ospiti nei presidi residenziali di *long-term care* sono: oltre 6.100 minori, quasi 37.000 adulti e circa 224 mila anziani e sono per oltre $\frac{2}{3}$ (68%) non autosufficienti. Anche se i bisogni possono essere diversi tra le varie regioni, l'accessibilità alla residenzialità permane maggiore al Nord rispetto al Sud con sistemi di offerta sono tra loro molto diversificati.

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito e per BroncoPneumopatia Cronico-Ostruttiva continua a registrare anche nel 2008 divari tra le regioni. La prevalenza epidemiologica sembra spiegare circa un terzo della variabilità nei tassi di ospedalizzazione, in maniera simile per i 2 gruppi di patologia. Tale disaggregazione si registra anche per l'Insufficienza Cardiaca senza procedure cardiache e in questo caso le differenze nella prevalenza epidemiologica spiegano un quinto circa della variabilità nei ricoveri tra le regioni.

Osservasalute prosegue con l'analisi dell'accessibilità alle cure odontoiatriche tra le regioni e registra divari crescenti da Nord a Sud nella cosiddetta domanda insoddisfatta di cura. In Italia, le prestazioni odontoiatriche, sia preventive che terapeutiche, vengono erogate principalmente dal settore *for profit*. Questo può portare a condizioni di svantaggio per quei cittadini il cui reddito non è sempre sufficiente a sostenere le spese per la salute orale. Gli Autori attribuiscono a più determinanti socio-demografici le differenze regionali riscontrate: differente composizione per età della popolazione residente, differente situazione reddituale media delle famiglie e differenze territoriali nell'offerta pubblica e privata di assistenza odontoiatrica. Il capitolo si arricchisce dell'analisi dei ricoveri ospedalieri per osteonecrosi della mascella/mandibola, di recente associata alla terapia con bifosfonati, farmaci impiegati in oncologia e nel trattamento di diverse malattie metaboliche.

Assistenza farmaceutica territoriale. Osservasalute analizza alcuni indicatori relativi ai consumi ed alla spesa farmaceutica e propone, come nelle passate edizioni, una serie di indicazioni e raccomandazioni per il

monitoraggio puntuale e l'uso più appropriato, sia in ambito territoriale che ospedaliero.

Nonostante il sistema farmaceutico pubblico presenti crescenti problemi di sostenibilità legati alla continua introduzione di farmaci nuovi, spesso più costosi, ed alla crescente domanda legata all'invecchiamento della popolazione, il nostro SSN garantisce quasi il 70% della spesa farmaceutica convenzionata, livello uguale o superiore ad altri Paesi con consolidati sistemi di *welfare*, compresi i Paesi scandinavi.

Nel periodo 2008-2009, l'assistenza farmaceutica ha continuato a presentare un'ampia variabilità di consumo e spesa, non sempre secondo gradienti Nord-Sud. Il confronto del 2009 rispetto al 2008 evidenzia, a livello nazionale, incrementi della spesa pro capite per Distribuzione Diretta e per Distribuzione per Conto pari a 2,7 punti percentuali, ancora con ampie disomogeneità tra le regioni. Nel 2009, a differenza di quanto osservato negli anni precedenti, la spesa privata per farmaci ha presentato per la prima volta una diminuzione, rispetto al 2008, pari a 0,1 punti percentuali.

In Italia, dal 2002 al 2009, la percentuale di consumo di farmaci a brevetto scaduto (Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die) è più che triplicata, anche se nell'ultimo anno tale crescita si è rallentata.

Il capitolo contiene anche un'analisi del consumo di antibiotici, aspetto che assume sempre maggiore rilevanza in quanto, nel 2008, l'Italia detiene, subito dopo la Grecia, il primato europeo nel consumo. Gli aspetti della spesa passano in questo caso in secondo piano rispetto al notevole impatto sulla salute pubblica ed individuale: l'Italia è, infatti, anche uno dei Paesi europei con il più elevato livello di antibiotico-resistenze. L'elevato consumo totale di farmaci antibiotici a carico del SSN (pari, nel 2009, a 24,2 DDD/1.000 abitanti al giorno) si combina con un'ampia variabilità regionale e con rilevanti differenze tra le regioni settentrionali e meridionali.

L'impatto sulla spesa è notevole: gli Autori hanno stimato che il carico del sovra consumo di antibiotici per il SSN è stato, nel 2009, di oltre 316 milioni di euro.

Assistenza ospedaliera. Negli ospedali italiani i ricoveri continuano a diminuire e, parallelamente, si riducono le giornate di degenza. Dal 2001 al 2008, il tasso grezzo di ospedalizzazione complessivo del livello nazionale si è ridotto di circa 22 ricoveri per 1.000, anche se con persistenti squilibri regionali. La riduzione registrata in tale periodo è da ricondurre alla sola componente dei Ricoveri Ordinari (passata da 161,4‰ a 133,3‰), mentre è aumentata la quota di ricoveri in regime diurno (da 53,2‰ a 59,0‰, valore, tuttavia, ancora lontano dall'obiettivo del 36‰, pari al 20% del tasso complessivo di 180‰). Allo stesso tempo tutte le regioni meridionali del Paese ed, in particolare, quelle sottoposte ai Piani di rientro, che pure hanno introdotto misure per ridurre i ricoveri inappropriati, mostrano tassi di ospedalizzazione per acuti ancora superiori alla media nazionale, talvolta anche rispetto a quella del 2001. L'ospedalizzazione presenta i tassi più alti nelle fasce di età "estreme", dove si registrano anche variazioni regionali molto più ampie e, quindi, suscettibili di miglioramento. Il tasso di ricoveri di riabilitazione si va riducendo, ma aumenta l'attività di lungodegenza con valori nel 2008 pari, rispettivamente, a 4,6 e 1,6 ricoveri per 1.000 abitanti.

Seguendo un trend rilevato da anni anche a livello internazionale, sempre dal 2001 al 2008, la quota rappresentata dai DRG medici si è sensibilmente ridotta (59,2%), a vantaggio dei DRG chirurgici, grazie soprattutto alla componente diurna.

Un indicatore utilizzato per valutare insieme efficienza, esiti, gradimento e sicurezza dei pazienti è la Degenza Media PreOperatoria per ricoveri ordinari, standardizzata per *case mix* relativamente al 2006-2008. Tale indicatore si riduce in maniera assai modesta, se si considerano miglioramenti derivanti dall'estrema e costante variabilità tra le diverse regioni.

Nel 2008, il tasso standardizzato di dimissione per i cosiddetti DRG medici a rischio di inappropriata ha presentato una distribuzione con gradiente geografico assai variabile, con un *range* di valori molto ampio (da 9,3 per 1.000 del Piemonte a 33,8 per 1.000 della Campania) ed una media nazionale pari a 19,1 ricoveri per 1.000 abitanti. Nonostante una quota di dimissioni da reparto chirurgico con un DRG medico sia da considerare incompressibile a causa dei possibili cambiamenti delle condizioni cliniche durante la degenza, l'estrema variabilità regionale di questo indicatore suggerisce che diversi interventi possano essere ancora messi in atto soprattutto nelle regioni in cui esso è più elevato.

Anche quest'anno Osservasalute indaga gli aspetti della qualità percepita, confrontando il livello di soddisfazione per l'assistenza ospedaliera tra il 1997-1999 ed il 2007-2009: i risultati evidenziano quanto sia complessivamente positivo il giudizio sull'assistenza ricevuta in ospedale durante un ricovero, nella componente ascrivibile all'assistenza medica ed infermieristica, mentre gli intervistati sono un po' più insoddisfatti della qualità del vitto. Tuttavia, emerge ancora una volta un gradiente Nord-Sud che penalizza le regioni del Mezzogiorno i cui livelli di soddisfazione sono sempre più bassi della media nazionale.

Trapianti. Dopo un decennio di forti incrementi nell'attività di donazione, ci si è attestati su un valore di circa 1.100 donatori utilizzati, con differenze rilevanti tra le regioni dell'area Nord e Sud, che non sembrano esse-

re motivate da ragioni epidemiologiche. I 2 principali fattori che influenzano il buon esito del processo di donazione, oltre, ovviamente, all' idoneità clinica, sono la capacità di identificazione del potenziale donatore all'interno del percorso assistenziale e quella di promuovere la cultura della donazione. Tra gli indicatori di valutazione di qualità di quest'area, anche quest'anno si propone l'indice di Caldes 2, che evidenzia la capacità di una regione di trapiantare gli organi procurati. Esso varia notevolmente da regione a regione e, nell'ambito regionale, tra diversi programmi di trapianto. Generalmente, i valori di sopravvivenza ad 1 anno si sono mantenuti abbastanza stabili e quasi sempre superiori all'80% (ad esempio, per paziente: 84,0% per il trapianto di cuore, 85,7% di fegato, 97,0% di rene). I confronti con i benchmark internazionali, sono, a tal riguardo, diffusamente incoraggianti.

Autosufficienza e sicurezza del sangue e dei suoi prodotti: si tratta di una nuova area di analisi di Osservasalute. Il bilancio tra il numero di unità prodotte e consumate, nel 2008, ha permesso di rilevare la presenza di regioni con carenza strutturata (Lazio e Sardegna). Le altre regioni sono via via inseribili in altre categorie: "con carenza contenuta", "in equilibrio" e "con media o elevata produzione". Si osserva, nel 2008, una rilevante disomogeneità fra regioni, sebbene anche le previsioni per il 2009 abbiano confermato una lenta, ma costante tendenza al recupero di produzione da parte delle regioni del Centro-Sud rispetto alla media nazionale. Per quanto concerne il consumo dei principali farmaci plasmaderivati (albumina ed immunoglobuline aspecifiche endovena), le stime ponderate forniscono, a livello nazionale, un dato di autosufficienza nazionale, sempre per il 2009, del 45-48% e del 70-74%, rispettivamente. La domanda di albumina è notevolmente superiore a quella di altri Paesi europei ed extra-europei, con punte elevatissime di consumo in alcune regioni meridionali ed insulari, che rendono necessarie analisi approfondite delle modalità di appropriatezza nella prescrizione/erogazione di tale farmaco, come di tutti gli altri plasmaderivati, anche in relazione ai possibili *end point* per la programmazione per l'industria farmaceutica.

Alcune priorità secondo Osservasalute

Le priorità indicate insistono su tematiche cui anche i precedenti Rapporti Osservasalute hanno fatto riferimento: l'analisi degli ultimi 10 anni, proposta nel presente Rapporto, ne ha sottolineato, ancora una volta, validità ed urgenza.

Il Rapporto Osservasalute propone strumenti ed ambiti di priorità, resi ancor più impellenti dall'attuale quadro economico-finanziario, epidemiologico-sociale e politico-istituzionale, di cui il federalismo in atto è solo uno dei fattori.

Lo strumento suggerito sta nella necessità di perfezionare in alcune aree (e sviluppare ex-novo in altre) le capacità di monitoraggio, supporto alle decisioni, valutazione e di accountability a vario livello richieste per ognuno dei 5 principali attori del sistema sanitario italiano:

- 1) Ministero della Salute;
- 2) Regioni e Province Autonome;
- 3) strutture erogatrici di assistenza;
- 4) professionisti e gli operatori;
- 5) cittadini.

Come noto, al Ministero della Sanità sono affidati i compiti di programmazione, indirizzo e controllo per la garanzia del diritto costituzionale alla tutela della salute. Alle Regioni ed alle PA quelli di programmare, organizzare e gestire le organizzazioni socio-sanitarie per tutelare effettivamente la salute dei propri cittadini, attraverso un sistema di erogatori pubblici e privati.

Osservasalute non intende suggerire azioni da intraprendere, ma solo fornire ai decisori dati oggettivi e scientificamente rigorosi a supporto delle scelte in modo da adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni e la sostenibilità dell'assistenza sanitaria di riferimento. Anche questa edizione del Rapporto Osservasalute registra come non si possa ancora contare su reti e sistemi di informazione in grado di valutare i fenomeni legati alla salute in maniera efficiente, valida, tempestiva, sostenibile e, soprattutto, con un'estensione ed un'articolazione tale da mettere in rete i diversi attori del sistema sanitario.

Gli ambiti di azione prioritari sono:

1) Prevenzione e stili di vita. Nell'ambito della prevenzione e nel controllo/riduzione dei principali determinanti ambientali e comportamentali, Osservasalute continua a registrare la preoccupante "normalizzazione" nella cultura e nei modelli per alcuni comportamenti e stili di vita (dall'alcol alle sostanze di abuso; dalla guida alle abitudini sessuali; dalla sedentarietà al fumo di sigaretta), sia nei giovanissimi che, più in generale, da parte dell'intera società. Tale normalizzazione è scarsamente contrastata dalla mancanza di coordinamento delle azioni centrali, e tra queste e quelle regionali, nonostante forme di *stewardship* si vanno proponendo, soprattutto in attuazione del processo di devoluzione in sanità. Anche la comunicazione istituzionale non favorisce, talvolta, la diffusione di un'informazione valida e corretta proponendo messaggi in maniera spesso incoerente. Tuttavia, quando sono condivise e puntali, le *policy* di sanità pubblica riescono a modificare positivamente i comportamenti e, quindi, la salute: si vedano gli effetti all'avanguardia in Europa della Legge n. 3/2003 sul fumo di sigaretta. L'attuale quadro epidemiologico demografico e sociale potrà essere contrastato, sui temi della prevenzione e degli stili di vita, solo attraverso alleanze intersettoriali e con una convinta azione istituzionale che riconsideri le logiche di intervento e che riqualifichi e finanzi prevenzione, sanità pubblica e ricerca *evidence-based*, come strumenti capaci di contribuire a produrre salute, sicurezza e benessere compatibili;

2) Diseguaglianze economico-sociali e geografiche nella capacità di finanziamento, gestione e nella qualità dell'assistenza. Le differenze geografiche e quelle sociali si stanno accentuando - e l'attuale crisi economica sta acutizzando il dato - con uno svantaggio per il Mezzogiorno, ma anche con la creazione di "isole di Mezzogiorno" in zone del Centro-Nord: la tradizionale protezione meridionale dall'incidenza di alcune malattie croniche importanti, come i principali tumori, si sta riducendo, mentre lo svantaggio nella letalità si sta allargando. La spiegazione di tali differenze geografiche risiede, senz'altro, nella maggiore concentrazione al Sud delle persone con svantaggi socio-economici e nella modalità con cui tali svantaggi si sono legati, nel tempo e nei contesti, ad una maggiore insorgenza di problemi di salute e della risposta dei servizi ai bisogni. Inoltre, in alcune regioni la mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nell'offerta, nell'accesso e nella qualità dei servizi erogati. Certamente, in un quadro in cui si devono contenere, da un lato, la garanzia di livelli di assistenza definiti a livello nazionale e, dall'altro, una progressiva spinta federalista, le Regioni dovranno impegnarsi a ricercare sempre più le cause e concordare strategie di intervento capaci di colmare tali differenze;

3) Rapporto territorio-ospedale. Se la vera lotta per la sostenibilità del sistema sarà sulla capacità di prevenire e

di gestire la cronicità e la disabilità, gli interventi non potranno essere soltanto sanitari e non sono soltanto di natura istituzionale, specie per il sostegno alle famiglie che si fanno carico di costi di assistenza elevati e crescenti, soprattutto della popolazione anziana. Tali interventi passeranno per lo sviluppo e la diffusione di modalità integrate attraverso reti, non solo formali, di tutela ed assistenza agli anziani che vivono soli specie al momento della loro perdita di autosufficienza. Se appare ragionevole operare verso la riqualificazione del ruolo dell'ospedale come luogo di cura per le patologie acute più complesse, va rilevato come, in assenza di un adeguato sviluppo dell'assistenza primaria, l'ospedale risponderà sempre meno coerente, sicuro ed efficiente alla domanda di prestazioni ed ai bisogni espressi dai cittadini, assumendosi una pluralità di funzioni e compiti (anche di minore complessità) che non sono direttamente correlati alle fasi di acuzie della patologia.

Dott. Antonio Giulio de Belvis
Segretario Scientifico e Coordinatore
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

Prof. Gualtiero Walter Ricciardi
Direttore
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane