



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

## Rapporto Osservasalute 2010

*Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*

Sintesi a cura della *Dott.ssa Tiziana Sabetta*

## Sintesi Rapporto Osservasalute 2010

L'obiettivo del Rapporto Osservasalute, suddiviso in due parti dedicate la prima alla salute ed ai bisogni della popolazione e la seconda ai Sistemi Sanitari Regionali ed alla qualità dei servizi, è di mettere a disposizione di coloro che hanno responsabilità decisionali dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento.

I dati analizzati nel Rapporto Osservasalute 2010 evidenziano il continuo consolidamento della salute degli italiani che risulta complessivamente buona, ma sottolineano il progressivo aumento delle differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Tali differenze sono emerse anche per quanto riguarda le *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali. Queste difformità sono gli aspetti più preoccupanti in quanto, in alcune regioni la mancata o ritardata riorganizzazione dei servizi socio-sanitari in base alla domanda, non ha consentito di adeguare la relativa offerta locale rispetto alle specifiche caratteristiche demografiche ed epidemiologiche delle popolazioni residenti, per cui permangono, o addirittura peggiorano, situazioni di non adeguata assistenza sanitaria, con il Meridione nettamente svantaggiato rispetto alle regioni Centro-settentrionali. In alcune regioni, infatti, la domanda della popolazione residente viene soddisfatta dall'offerta e dalla qualità dei servizi erogati, mentre in altre le prestazioni sanitarie disponibili non sono adeguate ed a volte insufficienti a sopperire alle richieste dell'utenza.

Ciò dipende dalla mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali e dalle ripercussioni della crisi economica che ha investito il nostro Paese.

Evidente, quindi, è la necessità ed, in alcuni casi, l'urgenza di intervento da parte di tutte le Istituzioni di settore, sia a livello nazionale che regionale, per evitare o, almeno, cercare di attenuare l'allargamento del differenziale di salute garantendo a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo *status* socio-economico, un'adeguata ed equa assistenza sanitaria. Inoltre, una buona ed oculata programmazione sanitaria, garantirebbe ai cittadini non solo un miglior stato di salute, ma anche una più solida tenuta economica e sociale della propria regione.

Il Rapporto risulta così strutturato:

- **96 Core Indicators**: in cui vengono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni con l'ausilio anche di tabelle, grafici e cartogrammi;
- **11 Box**: in cui vengono proposti esempi di buone pratiche sperimentate in alcune regioni e pronte per essere eventualmente adattate ad altre realtà regionali;
- **11 Approfondimenti**: in cui alcuni problemi prioritari vengono approfonditi per prospettare possibili soluzioni e che dalla precedente edizione sono pubblicati sul sito [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).

### PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

**Popolazione** - Per valutare la domanda dei servizi socio-sanitari e per adeguare la relativa offerta locale rispetto alle difformità demografiche, sono stati aggiornati (biennio 2008-2009) ed analizzati i dati sulla dinamica della popolazione con sezioni dedicate alle componenti migratorie che, con il tempo, possono modificare il patrimonio nosologico e genetico delle popolazioni interessate, alla fecondità ed alla struttura demografica della popolazione, con riferimento soprattutto alla popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre) che è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire. È stato anche riproposto l'indicatore relativo alla quota di popolazione anziana che vive in un nucleo monofamiliare sul totale della popolazione della stessa fascia di età. Tale indicatore ha evidenziato che, nel 2008, il 27,8% degli over 65 anni vive solo (+0,7 punti percentuali rispetto al 2007) e che le donne rappresentano la maggioranza.

A livello nazionale si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente imputabile, principalmente, alla crescita della componente migratoria. Gli indici esaminati evidenziano le tendenze emerse negli anni precedenti confermando la positività del saldo migratorio grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord, la positività, anche se il valore risulta inferiore rispetto a quello del biennio precedente (2007-2008), del saldo migratorio con l'estero che vede ancora le regioni del Nord e del Centro maggiormente interessate dal fenomeno ed il continuo movimento migratorio interno al Paese che coinvolge maggiormente le regioni meridionali (escludendo Abruzzo e Sardegna), in particolare la Basilicata e la Campania.

Anche quest'anno, per il Tasso di fecondità totale (Tft), si registra una lieve ripresa anche se i valori risultano estremamente bassi (1,42 figli per donna nel 2008) ed inferiori al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. Tale ripresa è imputabile sia all'aumento della fecondità delle donne in età avanzata (over 30 anni) e sia alla quota di nati da madri straniere (in crescita, rispetto al 2007, di +1,3 punti percentuali), in particolare nelle regioni del Centro-Nord. Le regioni che continuano a caratterizzarsi per un Tft decisamente contenuto sono la Sardegna ed il Molise (rispettivamente 1,11 e 1,17 figli per donna). Tendenzialmente stabile è l'età media delle madri al parto il cui valore nazionale, nel 2008, è pari a 31,1 anni (incremento di 0,7 anni rispetto al 2000). Da sottolineare il valore della Sardegna che risulta di ben 1 anno superiore a quella registrata per l'Italia nel complesso. La regione in cui, invece, l'età media al parto è più ridotta è la Sicilia (30,3 anni). La conoscenza di questi indicatori di fecondità permette una più efficace organizzazione delle strutture sanitarie interessate quali, ad esempio, i servizi specialistici di monitoraggio delle gravidanze e di assistenza al parto.

Per quanto riguarda la struttura demografica della popolazione una caratteristica del nostro Paese è la forte tendenza all'invecchiamento (1 persona di 65 anni ed oltre ogni 5 residenti e poco più di 1 persona di 75 anni ed oltre ogni 10 residenti) e la regione che ormai da anni detiene il record di regione "più vecchia" è la Liguria, mentre la più "giovane" è la Campania dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in una fase meno avanzata. Relativamente al rapporto tra generi, ossia il rapporto tra il numero di uomini ed il numero di donne, si evidenzia uno sbilanciamento a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata. Da evidenziare è anche la presenza di residenti stranieri nelle età giovanili e centrali.

**Sopravvivenza e mortalità per causa** - In questo capitolo sono state studiate le tendenze della sopravvivenza e della mortalità per età e causa nelle province.

Per descrivere l'evoluzione della sopravvivenza è stata analizzata la speranza di vita alla nascita. Tale indicatore ha evidenziato che le donne, nell'anno 2007, possono aspettarsi di vivere mediamente 84,0 anni e gli uomini 78,7 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi. Tra il biennio 1998-2000 ed il 2007, la speranza di vita maschile è aumentata di 2,2 anni (da 76,5 a 78,7 anni), mentre quella femminile è aumentata di 1,5 anni (da 82,5 a 84,0). Analizzando il dettaglio territoriale una migliore sopravvivenza maschile si registra nella provincia di Ravenna (80,2 anni), mentre la peggiore nelle province di Napoli e Nuoro (entrambe con 76,4 anni). Anche per le donne la situazione di maggiore svantaggio si registra al Sud, in particolare a Napoli ed a Caltanissetta con 81,8 anni, mentre il valore maggiore si evidenzia nella provincia di Forlì-Cesena (85,3 anni).

Relativamente all'evoluzione della mortalità oltre il primo anno di vita si è osservato, confrontando la media del triennio 1999-2001 con quella del biennio 2006-2007, un calo generalizzato facendo registrare una riduzione del 13% negli uomini e dell'11% nelle donne. Inoltre, considerando l'evoluzione nel tempo della mortalità complessiva, evidente è la progressiva omogeneizzazione territoriale tra i due generi. L'analisi della mortalità per età fa registrare, in generale, una contrazione, sia per gli uomini che per le donne, da imputare alle età superiori ai 55 anni. Anche l'analisi per grandi gruppi di cause (Malattie del sistema circolatorio, Tumori maligni, Cause violente, Altre cause) evidenzia, nel biennio 2006-2007, una generale riduzione per entrambi i generi. La mortalità per le Malattie del sistema circolatorio si riduce significativamente in tutte le province, ma l'intensità di tale variazione risulta diversificata sul territorio. La provincia con la più bassa mortalità è, per gli uomini, Ogliastra (22,4 per 10.000) e per le donne Nuoro (16,8 per 10.000), mentre i valori più alti si registrano, rispettivamente, a Catania (38,7 per 10.000) ed a Napoli (29,2 per 10.000). Per i Tumori maligni, invece, si registra una riduzione lieve in quanto in molte province si osservano ancora tassi di mortalità crescenti. La provincia a più alta mortalità, sia per gli uomini (43,8 per 10.000) che per le donne (21,5 per 10.000), è Cremona, mentre Vibo Valentia risulta essere quella a più bassa mortalità (rispettivamente 20,7 e 9,1 per 10.000). Analizzando tali gruppi di 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, mentre la mortalità per Tumori maligni presenta una configurazione territoriale simile per entrambi i generi ed a svantaggio delle province settentrionali. Infine, anche per le Cause violente e per le Altre cause, si osserva una generale riduzione.

**Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione** - Nel presente capitolo sono state affrontate tematiche relative ai principali comportamenti a rischio della popolazione ed alla possibilità di riduzione degli stessi.

**Fumo** - Nel 2008, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre, è pari al 22,2% e risulta complessivamente stabile rispetto all'anno precedente. Non emergono grandi differenze territoriali, anche se si riscontra una leggera prevalenza nell'abitudine al fumo nelle regioni meridionali. Da evidenziare è sia l'aumento dei fumatori registrato in Calabria (17,0% vs 20,6%) ed in Puglia (20,8% vs 22,5%) e sia la diminuzione registrata in Liguria (23,2% vs 20,2%) rispetto all'anno precedente. Lenta, ma in costante crescita è anche la prevalenza di persone che hanno smesso di fumare. Il tabagismo, inoltre, è più diffuso nelle fasce di età giovanili ed adulte, in particolare tra i 25 ed i 34 anni (29,2%) e risulta più diffuso fra gli uomini (28,6%) rispetto alle donne (16,3%).

**Alcol** - La prevalenza di consumatori a rischio nella fascia 19-64 anni presenta, nel 2008, una marcata differenza di genere (uomini 20,8%; donne 4,9%). Anche per quanto riguarda il *binge drinking* si registrano differenze statisticamente significative tra uomini (11,7%) e donne (3,3%). In generale, il maggior consumo di alcol si registra nella Provincia Autonoma di Bolzano (76%), mentre la regione con la prevalenza minore è la Sicilia (57,7%).

**Alimenti** - Per valutare la qualità della dieta sono stati analizzati i dati relativi al consumo di alimenti per tipologia ed all'andamento temporale dei consumi alimentari e delle bevande sia nella popolazione in generale e sia tra i giovani (3-24 anni). Da questo studio è emerso che, nel 2008, la proporzione di persone che assume almeno "5 o più porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta" (indicatore obiettivo) presenta una lieve, ma costante crescita (5,7%) (+0,1 rispetto al 2007), che il ruolo della ristorazione collettiva (mensa) e commerciale (ristorante/trattoria) influenza positivamente lo stile alimentare globale e che tra i giovani emergono interessanti differenze di genere caratterizzate dall'avvicinamento delle ragazze alle abitudini meno salutari dei ragazzi loro coetanei, in particolare si evidenzia la crescita del consumo di alimenti proteici e delle bevande alcoliche.

**Peso ed Attività fisica** - Considerando il periodo 2001-2008 la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso od obesità è aumentata progressivamente (sovrappeso 33,9% vs 35,5%; obesità 8,5% nel vs 9,9%) ed i dati analizzati evidenziano una prevalenza più alta di persone in eccesso ponderale nelle regioni meridionali (sovrappeso Basilicata 41,0%; obesità Campania 11,5%). Inoltre, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o

di obesità, cresce con l'aumentare dell'età per poi diminuire lievemente negli anziani e risulta più diffusa tra gli uomini. Le differenze di genere potrebbero essere imputabili, in parte, al diverso comportamento degli uomini e delle donne rispetto alla frequenza del controllo del peso. Il gradiente territoriale riscontrato a livello generale è emerso anche analizzando i dati relativi all'eccesso ponderale infantile ("OKkio alla SALUTE") che ha evidenziato una spiccata variabilità interregionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud.

Infine, essendo lo stile di vita sedentario responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'eccesso ponderale, i dati relativi all'attività fisica hanno confermato il gradiente Nord-Sud. Infatti, nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente inferiore rispetto al Nord. In generale, la quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica, è pari al 40,2% ed è maggiore tra le donne.

**Copertura vaccinale** - I tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B) e della Pertosse sono uniformemente distribuiti su tutto il territorio con una media nazionale, nel 2009, pari a circa il 96%, ma vi sono ancora alcune regioni (Provincia Autonoma di Bolzano, Molise, Campania e Calabria) in cui la copertura non raggiunge l'obiettivo del 95% previsto dal Piano Nazionale Vaccini. Da sottolineare, il ridotto tasso di copertura vaccinale per l'Epatite B che si è registrato in Veneto (90,6%) rispetto agli anni precedenti. Ciò potrebbe essere ascrivibile alla sospensione dell'obbligo vaccinale introdotta in questa regione a partire dal 1 gennaio 2008. Le coperture delle vaccinazioni raccomandate (anti-Morbillo, Rosolia e Parotite), invece, non hanno ancora raggiunto il valore ottimale del 95% indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita ad eccezione dell'Umbria (95,2%) e della Sardegna (95,5%).

Negli ultra 65enni la copertura vaccinale, nella stagione 2009-2010, è rimasta in linea con le stagioni precedenti nonostante la recente diffusione del virus influenzale pandemico A/H1N1. Nessuna regione, ad eccezione dell'Umbria (77,5%), ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% del tasso di copertura vaccinale negli anziani anzi, in alcune regioni si è registrata una netta diminuzione rispetto alla stagione 2008-2009 per questa categoria di soggetti, in particolare in Friuli Venezia Giulia (68,1% vs 49,7%). Solo in Sardegna si è evidenziato un significativo aumento (49,6% vs 60,9%). Si evidenzia, però, un trend in crescita delle coperture in tutte le classi di età al di sotto dei 65 anni, soprattutto nei soggetti di età <5 anni (4,6% vs 6,1%).

Relativamente alla pandemia influenzale A/H1N1, è stato presentato un Box nel quale sono state descritte le diverse fasi che hanno caratterizzato il processo di immunizzazione della popolazione. La copertura vaccinale totale raggiunta è stata del 4,14%. Questa bassa adesione, rispetto a quanto preventivato, è da attribuire principalmente ad una distorta campagna di informazione sulla sicurezza ed efficacia del vaccino nei confronti di una patologia considerata mite. In totale, dall'inizio dell'epidemia, sono stati registrati 259 decessi e la regione più colpita è stata la Campania.

**Screening oncologici** - I programmi di screening sono diffusi in modo disomogeneo sull'intero territorio per cui evidente è il gradiente Nord-Sud sia a livello di diffusione (esistenza del programma) che di capacità di invito (operatività del programma) e sia a livello di partecipazione della popolazione stessa. Tali differenze risultano più evidenti quando si analizza l'effettiva capacità di invito dei programmi piuttosto che la presenza del programma poiché è proprio la fase pratica ed operativa di invito la più complessa. Gli indicatori esaminati, relativi allo screening mammografico, citologico e coloretale, riguardano l'estensione teorica (rispettivamente 87%, 75% e 53%), cioè la proporzione di donne residenti in un'area in cui è attivo un programma di screening, e l'estensione effettiva (rispettivamente 69%, 63% e 37%), ovvero la proporzione di donne realmente oggetto di invito allo screening. Sia l'estensione teorica che l'estensione effettiva di tutte e tre le tipologie di screening considerati presentano valori in crescita.

**Incidenti** - Di fondamentale importanza, considerando l'alto numero non solo di morti, ma anche di invalidi sia temporanei che permanenti, è il monitoraggio degli indicatori sull'incidentalità stradale, lavorativa e domestica.

Il fenomeno dell'incidentalità stradale, che presenta un trend in diminuzione, rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica i cui costi, sia umani che sociali ed economici, sono elevatissimi. Da evidenziare la superiorità dei tassi di mortalità per il genere maschile rispetto al genere femminile ed a livello regionale il tasso totale più elevato, nel 2007, si registra in Emilia-Romagna (1,12 per 10.000).

Analizzando gli infortuni sul lavoro *in itinere* l'incidenza di questa tipologia, sul totale delle denunce pervenute annualmente all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, è aumentata nel corso degli anni. Evidenti sono le differenze regionali sia per il tasso di infortuni, i cui valori risultano più elevati al Nord (media 2006-2008 Emilia-Romagna 742,35 per 100.000), che per i casi mortali di infortuni sul lavoro che risultano maggiori al Sud (media 2006-2008 Molise 3,91 per 100.000).

Per quanto riguarda gli incidenti domestici i più colpiti sono donne, bambini ed anziani, cioè coloro che trascorrono più tempo in casa. Nelle età più giovani (fino a 14 anni) gli incidenti prevalgono tra gli uomini, mentre nelle età successive sono le donne ad essere le più coinvolte, sia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche che per un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione etc.). In generale, tra le donne, il gruppo di popolazione più esposto è rappresentato dalle casalinghe (24,4%). Non si evidenzia alcun gradiente territoriale.

**Ambiente** - Per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute sono stati esaminati alcuni tra i più significativi indicatori dello stato di salute di una popolazione relativi alla produzione e gestione dei rifiuti solidi urbani e dei rifiuti speciali, all'inquinamento da polveri fini (PM<sub>10</sub> e PM<sub>2,5</sub>) ed alla disponibilità di acqua potabile.

Al fine di descrivere il potenziale rischio nella popolazione derivante dai rifiuti solidi urbani è stata calcolata la quantità prodotta, il volume smaltito attraverso la discarica controllata e/o l'incenerimento e l'entità del ricorso alla raccolta differenziata. Nel 2008, la produzione di rifiuti solidi urbani risulta leggermente inferiore (-0,2%) rispetto al precedente anno soprattutto nel Mezzogiorno (-2,2%) e nel Centro (-0,7%), mentre al Nord si registra un dato in controtendenza (+1,5%). Relativamente alle principali modalità di gestione lo smaltimento in discarica, come quota sulla produzione totale di rifiuti, si è ridotta, dal 2001 al 2008, passando dal 66,7% al 44,9%, ma rimane, tuttavia, la forma di gestione più diffusa nel nostro Paese. La regione più virtuosa che smaltisce in discarica la quota più bassa di rifiuti prodotti è la Lombardia (8,13%), mentre il Molise (90,30%) è la regione che detiene il primato di rifiuti smaltiti in discarica rispetto al totale di quelli prodotti. Per quanto riguarda l'altra forma di smaltimento considerata, cioè l'incenerimento, il valore raggiunto a livello nazionale (12,74%), anche se in crescita, risulta ancora molto al di sotto della media dei principali Paesi europei (20%). Inoltre, dal 2007 al 2008, si è registrato un lieve incremento nel numero di inceneritori, passati da 47 a 49, di cui, però, il 60% risulta essere localizzato al Nord. Anche la raccolta differenziata, nel 2008, è aumentata facendo registrare un incremento di 3,1 punti percentuali rispetto al dato rilevato nel 2007 (27,5% vs 30,6%) e, come nei precedenti anni, il contributo maggiore è dato dalle regioni settentrionali dove il sistema di raccolta risulta già particolarmente sviluppato da diversi anni. In tale contesto, particolarmente virtuose appaiono la Provincia Autonoma di Trento (59,4%), la Provincia Autonoma di Bolzano (53,8%) ed il Veneto (52,9%) che raggiungono, con 1 anno di anticipo, l'obiettivo del 50% fissato per il 2009.

Un importante ruolo, sia economico che ambientale, è rappresentato dai rifiuti speciali che possono generare un notevole impatto sull'ambiente per le quantità smaltite nel territorio e per la qualità dei rifiuti che, in modalità diverse, agiscono sui ricettori idrici, sul terreno e nell'aria. Nel 2006, la quantità totale di rifiuti speciali prodotta, è pari a 134,7 milioni di tonnellate di cui il 6,9% è rappresentato da rifiuti speciali pericolosi. La gestione di tali rifiuti avviene tramite attività di recupero e di smaltimento.

Le analisi relative all'inquinamento da polveri fini evidenziano una forte disomogeneità da non permettere validi confronti regionali in quanto le stazioni di rilevamento, nonostante l'aumento rispetto agli anni precedenti, risultano insufficienti e presentano una distribuzione non uniforme sull'intero territorio nazionale. Premesso ciò, comunque, i dati del 2008, riguardanti sia le concentrazioni medie giornaliere e sia il numero medio di giorni di superamento del valore limite delle polveri fini (PM<sub>10</sub>) evidenziano, per la maggior parte delle regioni ed a livello nazionale, un discreto miglioramento rispetto all'anno precedente.

Un elemento indispensabile per la vita degli esseri viventi è l'acqua potabile che, per essere adeguatamente fruibile, deve possedere buone caratteristiche qualitative ed essere disponibile in quantità adeguata. L'indicatore utilizzato consente di calcolare la quantità di acqua erogata ed effettivamente consumata dall'utente finale nelle varie regioni. A livello nazionale il dato relativo alla percentuale di acqua erogata, sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali, è pari a 67,95%. I dati regionali evidenziano un gradiente Nord-Sud dovuto, principalmente, a ragioni climatiche ed orografiche che permettono alle regioni settentrionali di avere una maggiore disponibilità di risorse idriche.

**Malattie cardio e cerebrovascolari** - Le malattie cardiovascolari (malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari) costituiscono circa il 24% della mortalità generale e colpiscono, indifferentemente, tanto le popolazioni più ricche che quelle a più basso reddito. Gli indicatori esaminati sono relativi al ricovero ospedaliero ed alla mortalità.

In generale, i tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari, presentano una marcata differenza di genere risultando più elevati negli uomini. Nello specifico, per le malattie ischemiche del cuore i tassi negli uomini risultano più del doppio rispetto a quelli delle donne, mentre per le malattie cerebrovascolari si registrano valori superiori di circa il 39%. Nel 2008, i tassi più elevati di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore si evidenziano in Campania per entrambi i generi (uomini 1.410,5 per 100.000; donne 512,5 per 100.000), mentre per le malattie cerebrovascolari è la Provincia Autonoma di Bolzano a presentare i valori più alti sia per gli uomini (757,0 per 100.000) che per le donne (591,4 per 100.000). Inoltre, ambedue questi gruppi di malattie nel loro complesso mostrano, tra il 2007 ed il 2008, un trend decrescente.

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne ed a livello regionale il primato negativo, nel 2007, spetta alla Campania sia per gli uomini che per le donne (rispettivamente 17,44 e 11,21 per 10.000). Le regioni più virtuose, invece, sono la Sardegna per gli uomini (12,40 per 10.000) ed il Piemonte per le donne (6,43 per 10.000). Evidente è il trend in aumento per classe di età in entrambi i generi. Tale incremento si manifesta maggiormente nelle donne il cui tasso di mortalità risulta di circa 144 volte maggiore nelle classi di età più anziane (75 anni ed oltre) rispetto alle più giovani (45-54 anni) (0,64 vs 92,56 per 10.000), mentre negli uomini l'aumento risulta più contenuto (34 volte) (3,41 vs 119,10 per 10.000).



**Malattie metaboliche** - In questo capitolo sono stati aggiornati gli indicatori relativi alle dimissioni ospedaliere ed alla mortalità per diabete mellito.

La distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero (Ricovero Ordinario-RO e Day Hospital-DH), mostra che le regioni del Sud e delle Isole presentano tassi di dimissione più elevati della media nazionale (84,37 per 10.000), mentre le regioni del Centro-Nord hanno valori più bassi. La regione che presenta il valore massimo, considerando sia il RO che il DH, è la Puglia (142,75 per 10.000), mentre il valore minimo si registra in Veneto (50,32 per 10.000). Tali valori, però, potrebbero essere condizionati dal tipo di organizzazione assistenziale al cittadino diabetico erogata dalle singole regioni. Inoltre, per quanto riguarda la distribuzione per genere, i tassi risultano maggiori negli uomini.

Negli ultimi anni la mortalità per diabete mellito ha mostrato un andamento altalenante e nel 2007 i tassi sono leggermente più alti negli uomini, al Sud e nelle Isole e le fasce di età più colpite sono quelle più avanzate.

**Malattie infettive** - Le malattie infettive rappresentano un rilevante problema di Sanità Pubblica nonostante la disponibilità, per molte di esse, di efficaci interventi preventivi e terapeutici. Quest'anno sono stati utilizzati indicatori finalizzati a studiare l'andamento di alcune infezioni a trasmissione sessuale e respiratoria, la tubercolosi e la legionellosi.

Per quanto concerne, globalmente, l'andamento della gonorrea e della sifilide nel periodo 2000-2008, si è osservata una diminuzione dell'incidenza in entrambe le classi di età considerate (-7,41% vs -76,81% su base nazionale nella classe 15-24 anni; -27,54% vs -69,62% nella classe 25-64 anni).

Tra le infezioni a trasmissione respiratoria, in base ai dati ottenuti dalle notifiche obbligatorie per l'anno 2008, nella classe 0-14 anni le infezioni più diffuse sono risultate la varicella (809 casi per 100.000) e la scarlattina (201 casi per 100.000), mentre meno frequenti sono il morbillo (22 casi per 100.000), la rosolia (21 casi per 100.000) e la parotite (12 casi per 100.000) e più contenuti appaiono i tassi di incidenza della pertosse (3 casi per 100.000). Per quanto riguarda la distribuzione dei casi nella classe 15-24 anni, invece, la rosolia risulta la patologia più frequente (49 casi per 100.000) seguita dal morbillo (30 casi per 100.000) e dalla varicella (29 casi per 100.000), mentre tutte le altre presentano tassi molto contenuti. In generale, la parotite, la scarlattina e la varicella mostrano, con alcune eccezioni, un gradiente di incidenza decrescente Nord-Sud, probabilmente anche per una maggiore sottonotifica di queste patologie in alcune regioni meridionali ed insulari. Nonostante la diffusione del vaccino da sottolineare è il notevole incremento dell'incidenza del morbillo (0-14 anni +55,86%; 15-24 anni +1.170,39%) e della rosolia (15-24 anni +390,82%) dal 2000 al 2008. Ciò dimostra che le coperture vaccinali raggiunte sono insufficienti per interrompere la trasmissione endemica delle suddette infezioni.

Relativamente alla tubercolosi la situazione nazionale attuale, complessivamente, si caratterizza per un basso livello di incidenza nella popolazione generale stabilizzatosi negli ultimi anni e risulta più elevato nelle regioni del Centro-Nord rispetto al Sud ed alle Isole e negli uomini rispetto alle donne. La stessa situazione si evidenzia analizzando la mortalità che mostra una frequenza della malattia doppia tra gli uomini rispetto alle donne (rispettivamente, 0,80 e 0,40 per 100.000).

L'incidenza della legionellosi è aumentata nel tempo e tale tendenza è riscontrabile nella maggior parte delle regioni. Nel 2008 il tasso è pari a 19,87 casi per milione di abitanti e presenta un evidente gradiente decrescente Nord-Sud. Da evidenziare è che, nell'anno considerato, l'unica regione che non ha notificato alcun caso è il Molise. Un trend crescente si riscontra anche per la legionellosi nosocomiale.

**Tumori** - Nel corso degli ultimi decenni l'epidemiologia dei tumori si è fortemente modificata ed a ciò hanno concorso sia l'introduzione progressiva di efficaci misure terapeutiche che la migliorata attenzione diagnostica quando la malattia è al suo esordio.

Le stime di incidenza indicano che esistono ancora delle differenze nei tassi tra regioni settentrionali e meridionali, ma si sono sensibilmente ridotte rispetto al passato. Esistono anche differenze di genere. Nel caso degli uomini si nota, nell'ultimo decennio, una riduzione di incidenza nel Nord e nel Centro, contrastata da un aumento in alcune regioni del Sud. Nelle donne, invece, i tassi sono stimati in aumento in tutte le regioni, con una crescita più accentuata in alcune regioni del Sud.

I dati di mortalità sono in costante riduzione negli ultimi anni sia per gli uomini che per le donne. Tale fenomeno è più evidente nelle regioni del Nord e del Centro rispetto al Sud.

**Salute e disabilità** - In questo capitolo si è focalizzata l'attenzione sul tema dell'integrazione scolastica ed universitaria delle persone con disabilità ed è stato aggiornato l'indicatore relativo ai beneficiari delle pensioni di invalidità civile. L'analisi dei dati relativi a questo indicatore ha evidenziato, nel periodo temporale esaminato (2000-2007), un incremento a livello italiano del numero di beneficiari pari al 62,40%, mentre l'importo lordo complessivo ha avuto un tasso di variazione pari al 27,90%.

I dati analizzati mostrano elevati livelli di inserimento dei ragazzi con disabilità nelle scuole statali. Tale aumento, pari al 54% nel periodo accademico 1997/98-2007/08, evidenzia una maggiore capacità di accoglienza da parte del sistema scuola. La tipologia di disabilità prevalente nella popolazione scolastica è quella intellettuale che rappresenta, ovviamente, anche quella più impegnativa dal punto di vista scolastico. Per quanto riguarda l'accesso degli alunni disabili si può affermare, in generale, che il processo di abbattimento delle barriere architettoniche delle scuole

italiane va a rilento. A livello territoriale evidente è il gradiente Nord-Sud con situazioni estreme in Calabria, dove si riscontra più di frequente la presenza di barriere architettoniche, e la Provincia Autonoma di Trento che, al contrario, ha il minor numero di scuole non a norma soprattutto per ciò che riguarda le barriere fisiche. Anche i dati sugli studenti con disabilità iscritti all'Università statale mostrano un trend in crescita. Infatti, nell'arco di 7 anni accademici (2000/01-2006/07) si registra un incremento medio percentuale pari a ben il 137%. La percentuale maggiore si registra in Sardegna con il 15,9%, mentre la minore si riscontra in Piemonte con il 4,9%. Un numero alto di iscritti è riscontrabile anche nel Lazio (8,1‰) ed in Basilicata (9,2‰).

**Salute mentale e dipendenze** - Gli indicatori esaminati permettono di evidenziare sia il quadro epidemiologico che il peso economico che il Servizio Sanitario Nazionale deve sostenere per far fronte alle patologie psichiatriche ed al problema delle dipendenze.

L'esame dell'andamento temporale (2003-2008) del tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici ha evidenziato una generale tendenza alla riduzione in tutte le regioni ad eccezione dell'Umbria per gli uomini e delle Marche, Basilicata e Campania per entrambi i generi. Da sottolineare la situazione della Campania che, nel 2008, ha registrato un incremento di ricoveri di circa il 40% rispetto al 2003, ma il tasso regionale risulta comunque inferiore alla media nazionale. Inoltre, esaminando i dati in base al genere ed alle macroaree non si evincono sostanziali differenze.

Nel 2009, per quanto riguarda l'uso dei farmaci antipsicotici, si evidenzia, a livello nazionale, un lieve incremento del loro utilizzo anche se, nel periodo 2000-2008, si è registrato un evidente trend in diminuzione. Tale aumento può essere parzialmente giustificato dall'utilizzo degli antipsicotici per i disturbi comportamentali nei pazienti anziani affetti da demenza, patologia in progressivo aumento in conseguenza dell'aumentare dell'aspettativa di vita. Ampie, ma difficilmente interpretabili, sono le differenze interregionali riscontrate dovute, probabilmente, alle differenze regionali nell'organizzazione ed erogazione dell'assistenza psichiatrica ed alle differenti modalità di prescrizione. Permane, comunque, il gradiente Nord-Sud con alcune regioni meridionali (Abruzzo, Calabria, Sicilia, Sardegna) che presentano valori doppi rispetto a quelle del Nord. Per i farmaci antidepressivi, invece, si evidenzia un trend nazionale in continuo aumento in tutte le regioni attribuibile a diversi fattori quali ad esempio i cambiamenti culturali e l'aumento del disagio sociale che può provocare patologie come ansia e depressione. Le dosi più elevate si riscontrano soprattutto nelle regioni del Centro-Nord. Tale differenza può trovare parziale spiegazione nei differenti stili di vita e nel diverso utilizzo dei servizi psichiatrici.

È stato anche aggiornato l'indicatore relativo ai Servizi per le Tossicodipendenze che mostra, per tutte le sostanze, un trend in aumento. Nello specifico, la sostanza che mantiene il primato nella richiesta di trattamento rimane l'eroina, mentre relativamente alla cocaina si segnala, a livello nazionale ed in quasi tutte le regioni, un aumento. Le uniche eccezioni sono rappresentate dalla Provincia Autonoma di Bolzano, dal Friuli Venezia Giulia e dal Lazio che mostrano un trend in discesa e dalle Marche che mostra, invece, valori stabili al di sotto della media nazionale. Le regioni in cui si registrano i valori maggiori sono la Lombardia (6,88 per 10.000) e la Campania (4,99 per 10.000). Infine, per quanto riguarda l'utilizzo di cannabinoidi i valori risultano stabili a livello nazionale, ma presenta ampie differenze a livello regionale.

**Salute materno-infantile** - Per valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza e durante il parto e per analizzare le scelte riproduttive sono stati selezionati ed esaminati, in base alla loro specificità, rilevanza ed utilità, alcuni indicatori riguardanti la distribuzione dei parti per punti nascita, il ricorso al Taglio Cesareo (TC), le Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN), i livelli di mortalità infantile e neonatale, la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), l'abortività spontanea e l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG).

La rete di offerta dei punti nascita risulta notevolmente diversificata sul territorio. I dati esaminati evidenziano che oltre il 9% dei parti, nel 2008, sono avvenuti in punti nascita con un volume di attività inferiore ai 500 parti annui, cioè in quei punti dove il volume di attività è ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile per le cure perinatali ospedaliere. Dall'analisi di tale fenomeno, non considerando realtà regionali particolari come la Valle d'Aosta e le Province Autonome di Trento e Bolzano, emerge un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali che presentano valori nettamente superiori alla media nazionale.

Uno dei dati più allarmanti è la proporzione di TC anche se, nel 2008, si è registrata una lieve diminuzione (-0,25%) rispetto all'anno precedente. Si evidenzia una spiccata variabilità su base interregionale con valori tendenzialmente più bassi nel Settentrione (Friuli Venezia Giulia 23,64%) e più alti nel Meridione (Campania 61,96%). Da sottolineare, inoltre, è l'andamento della proporzione di TC ripetuti che risulta in costante aumento dal 2005.

Dai dati analizzati risulta che 125 UOTIN sono presenti in 551 punti nascita analizzati e di questi 100 sono collocate in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui e 15 in punti nascita con meno di 800 parti annui. Ciò determina, da un lato la possibilità che neonati ad alto rischio di vita ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e, dall'altro, un impiego non appropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.

Relativamente ai principali indicatori di salute del bambino, cioè la mortalità infantile e neonatale, si osservano delle diminuzioni nel tempo. Infatti, il tasso di mortalità infantile, dal 2004 al 2007, passa da 3,7 a 3,3 per 1.000 nati vivi, mentre il tasso di mortalità neonatale passa da 2,7 a 2,4 per 1.000 nati vivi. Permangono, comunque, importanti differenze geografiche a sfavore del Sud dove si registrano i valori più elevati.

Nel nostro Paese, il 17,7‰ nati vivi, nasce da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita. Nel 2008 i centri che hanno svolto attività nel territorio nazionale sono stati 354, ma soltanto 297

hanno, effettivamente, effettuato tecniche su pazienti, mentre nei restanti 57, per motivi di varia natura, non si è svolta attività. Esaminando la distribuzione dell'indicatore a livello regionale si osserva una situazione particolarmente eterogenea con alcune regioni che assumono un ruolo accentratore rispetto alle zone territoriali circostanti. Nello specifico, tale ruolo viene assunto dalla Lombardia e dall'Emilia-Romagna nel Nord, dal Lazio e dalla Toscana nel Centro e dalla Sicilia e dalla Campania nel Meridione. La domanda di fecondazione assistita, inoltre, presenta un trend in continua crescita, ma l'accessibilità alle tecniche risulta ancora decisamente più bassa se commisurata a quella relativa ad altri Paesi europei.

Nel 2007, il numero di aborti spontanei presenta un incremento importante, pari a +4,1%, rispetto all'anno precedente. Tale aumento potrebbe essere spiegato, in parte, con l'aumento dell'età media alla gravidanza in quanto l'età avanzata della donna rappresenta uno dei principali fattori di rischio che può influire sul verificarsi del fenomeno. Le differenze territoriali sono rimaste abbastanza costanti nel tempo con il Mezzogiorno in cui si registrano i valori più bassi. Anche tale andamento può essere spiegato dalle differenze territoriali nell'età media al matrimonio ed al parto e di conseguenza all'aborto spontaneo. Inoltre, in generale, la maggior parte degli aborti spontanei (circa il 90%) avvengono nelle prime 12 settimane di gestazione.

Per quanto riguarda l'IVG si evidenzia, tra il 2006 ed il 2007, un calo dei tassi (9,16 vs 9,09 per 1.000). A livello regionale, le differenze più significative si registrano in Molise, Abruzzo e Puglia i cui tassi sono diminuiti, rispettivamente, dell'8,3%, del 7,0% e del 6,7%, mentre le regioni in cui si sono registrati gli aumenti più consistenti sono la Valle d'Aosta (+30,1%), la Campania (+10,1%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (+10,7%). Il decremento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza ha interessato tutte le classi di età ad eccezione della classe 15-19 anni che non ha avuto variazioni e della classe 30-34 anni che ha presentato un aumento dell'1,3%. Da evidenziare, infine, l'elevato ricorso all'IVG da parte delle donne straniere che risulta pari al 32% sul totale delle IVG effettuate nel 2007.

**Salute degli immigrati** - L'analisi di questo argomento diviene ogni anno sempre più problematico per la difficoltà di individuare denominatori affidabili per il calcolo delle misure epidemiologiche. Per questo motivo si è deciso di presentare solo analisi basate su percentuali riguardanti il numero di stranieri in Italia ed alcuni temi specifici sulla salute materno-infantile quali l'evento nascita e la mortalità neonatale ed infantile.

I dati esaminati evidenziano che, al 31 dicembre 2008, il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è in aumento rispetto all'anno precedente. L'incidenza della presenza straniera regolare risulta molto diversificata a livello territoriale, con percentuali più alte, rispetto al valore nazionale (6,5%), nelle regioni settentrionali e centrali (Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto) e più contenute nel Mezzogiorno (Puglia e Sardegna). Le comunità più numerose sono rappresentate da rumeni, albanesi e marocchini per entrambi i generi.

Da sottolineare è il costante aumento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri sia con uno che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata, è quella dei nati da madre straniera indipendentemente dalla cittadinanza del padre. Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale degli stranieri cioè laddove la presenza straniera è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita. Pertanto, le regioni dove l'incidenza dei nati è più elevata sono quelle del Nord ed in particolare l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia, mentre nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma risulta estremamente contenuta.

Infine, nel 2007, si evidenzia una tendenza alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità infantile e neonatale fra italiani (rispettivamente 3,3 e 2,4 per 1.000) e stranieri (rispettivamente 3,9 e 2,6 per 1.000) nel loro complesso. Analizzando le differenze territoriali evidente è lo svantaggio del Sud.

È stato, inoltre, presentato un Box sull'assistenza domiciliare *post-partum* per le donne immigrate in quanto la gravidanza e le prime fasi del puerperio rappresentano, per le donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, condizioni di maggiore vulnerabilità per la salute materno-infantile. Questo progetto, basato sull'offerta di una visita ostetrica domiciliare a 7-10 giorni dal parto, si è dimostrato efficace, offrendo un valido sostegno sul piano psicologico, nel migliorare le conoscenze ed il grado di consapevolezza delle donne rispetto alle scelte di salute.

## **PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi**

**Assetto economico-finanziario** - Gli indicatori esaminati riguardano la spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL), la spesa pro capite, la spesa per Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il disavanzo/avanzo sanitario e la rilevanza del meccanismo tariffario nell'allocazione del Fondo Sanitario Regionale.

A livello nazionale, la spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, è aumentata passando dal 5,95% del 2001 al 6,59% nel 2007. A livello regionale l'indicatore mostra delle significative differenze oscillando da un minimo di 4,90% della Lombardia ad un massimo di 10,76% della Calabria. Evidente, quindi, è il gradiente Nord-Sud con le regioni meridionali costrette a dedicare quote più elevate del loro PIL, rispetto al resto del Paese, all'assistenza sanitaria.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite mostra, a livello nazionale, un aumento, fra il 2008 ed il 2009, passando da 1.782 € a 1.816 € (+1,91%). Anche a livello regionale si riscontra un incremento generale ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano (-2,78%) e del Lazio (-0,35%). Il valore minore si è registrato in Sicilia



(1.671 €), mentre il maggiore nella Provincia Autonoma di Bolzano (2.170 €). In generale, i dati analizzati evidenziano che le regioni meridionali, con l'eccezione del Molise, mettono a disposizione un ammontare di risorse monetarie inferiore rispetto alle regioni del Nord (escludendo Lombardia e Veneto) ed anche alla media nazionale. Nelle regioni del Centro, invece, si assiste ad una maggiore dispersione dei valori pro capite.

La ripartizione dei costi per LEA è relativa all'anno 2006 e risulta, a livello nazionale, così suddivisa: il 48,4% dei costi totali dell'assistenza vengono utilizzati per l'assistenza distrettuale, il 47,5% viene destinata all'assistenza ospedaliera, mentre il 4% è rivolta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Confrontando i valori regionali con i valori di riferimento che sono il 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (I Livello), il 50% per l'assistenza distrettuale (II Livello) ed il 45% per l'assistenza ospedaliera (III Livello) emerge che per il I Livello di assistenza quasi tutte le regioni presentano una percentuale inferiore e solo la Sardegna e la Valle d'Aosta spendono, per la prevenzione, poco più del valore di benchmark, che per II Livello tutte le regioni presentano una percentuale inferiore, eccetto l'Emilia-Romagna che dedica una percentuale di risorse superiore al valore di riferimento e che per il III Livello tutte le regioni presentano una percentuale maggiore, eccetto l'Emilia-Romagna, che dedica una percentuale di risorse inferiore al valore preso a confronto.

Anche nel 2009, il Servizio Sanitario Nazionale si conferma, complessivamente, in disavanzo (54 €pro capite) evidenziando un trend in costante diminuzione. Rispetto agli anni precedenti permangono le forti differenze regionali con un gradiente tra Nord e Centro-Sud dove si concentra quasi tutto il deficit. Per quanto riguarda le regioni sottoposte ai Piani di rientro, l'assoggettamento dovrà proseguire anche nel 2010 poiché il triennio inizialmente previsto si è dimostrato insufficiente al riequilibrio della gestione. Nel 2009, soltanto la Sicilia (46 €) e l'Abruzzo (37 €) si sono posizionate al di sotto del disavanzo medio pro capite nazionale, mentre il Lazio ed il Molise si confermano le regioni più deficitarie (rispettivamente 244 € e 225 € pro capite). Inoltre, un evidente deterioramento della situazione economico-finanziaria si registra in Calabria che, dal 2009, è anch'essa soggetta al Piano di rientro ed il suo disavanzo passa da 33 €pro capite nel 2008 a 111 €nel 2009.

Complessivamente, l'incidenza dei costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie Locali per l'assistenza erogata ai propri residenti da altri soggetti della regione, è particolarmente elevata in Lombardia (43,3%) e nel Lazio (41,7%) ed inoltre, ad eccezione di tali regioni, la scomposizione per tipologia di assistenza e di erogatore evidenzia forti eterogeneità interregionali.

**Assetto istituzionale-organizzativo** - L'obiettivo di questo capitolo è di proporre un quadro sintetico dell'offerta sanitaria nelle singole regioni.

Per quanto riguarda l'offerta del numero di posti letto, tra il 2001 ed il 2007, sia nelle strutture di ricovero pubbliche che in quelle private accreditate si è registrata una riduzione, coerentemente con quanto sancito dalla normativa nazionale. Questa situazione di decremento, però, risulta omogenea su tutto il territorio nazionale solo per il numero di posti letto nelle strutture pubbliche (ad eccezione del Molise), mentre risulta in controtendenza in alcune regioni (Trentino-Alto Adige, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia e Sicilia) per quanto riguarda i posti letto nelle strutture private accreditate dove, quindi, si è registrato un incremento. Relativamente alla *mix* pubblico-privato, invece, i dati analizzati evidenziano che il 21% dell'offerta di posti letto nell'ambito della sanità finanziata pubblicamente è dovuta ad ospedali privati accreditati e molto marcata risulta la variabilità regionale (*range* 0%-42%).

L'analisi della forza lavoro rappresentata dal numero di medici ed odontoiatri dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale ha evidenziato, a livello nazionale, una lieve (+1,2%), ma costante crescita tra il 2005 ed il 2007. Questo aumento, però, non ha influito sul numero di unità per 1.000 abitanti che è rimasto stabile a 1,80. Ciò significa che l'incremento è stato in linea con quello della popolazione residente. Un trend abbastanza netto si osserva nelle diverse aree del Paese in quanto le regioni del Sud presentano una variazione percentuale superiore al dato nazionale, quelle del Centro (escludendo Abruzzo e Marche) un dato simile a quello nazionale, mentre le regioni del Nord (ad eccezione di Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige e Friuli Venezia Giulia che presentano dati superiori al valore medio nazionale) presentano un trend inverso con una variazione negativa. L'analisi della forza lavoro rappresentata, invece, dal numero di infermieri dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale ha evidenziato, a livello nazionale e tra il 2005 ed il 2007, un forte aumento del numero di unità sia in valore assoluto (+4,6%) che in rapporto alla popolazione per 1.000 abitanti (+3,2%). La regione che ha registrato l'incremento maggiore considerando il numero di unità è il Friuli Venezia Giulia (10,3%) e quella che ha registrato il valore minore è la Sardegna (0,3%), mentre considerando il tasso la regione con il valore più alto è il Molise (9,9%) e quella che ha registrato il valore più basso è il Lazio (-1,6). Infine è da sottolineare che se si esamina, a livello nazionale, il biennio 2006-2007 sia il numero di unità in valore assoluto e sia il tasso per 1.000 abitanti sono diminuiti.

**Assistenza territoriale** - Nel capitolo dell'assistenza territoriale, che comprende una serie di servizi rivolti alla comunità e che si svolgono in un contesto extra-ospedaliero, sono stati analizzati indicatori riguardanti la gestione del paziente non autosufficiente e/o fragile e la gestione del paziente cronico.

In generale, il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), è in continua crescita presentando, nel 2008, un incremento del 4,3% rispetto all'anno precedente. Nello specifico, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani (80,7%) risulta in linea con il dato del 2007, ma in lieve diminuzione rispetto agli anni passati, mentre la percentuale di ADI erogata a soggetti in fase terminale presenta un trend in aumento ed una notevole variabilità regionale attribuibile alla diversa dislocazione delle reti per le cure palliative esistenti nelle diverse realtà.

Rispetto alla percentuale di ADI erogate a soggetti anziani il valore maggiore si registra in Liguria (91,9%) ed il valore minore in Molise (48,05), mentre per quanto riguarda la percentuale di ADI erogate a soggetti in fase terminale si registra il valore massimo nella Provincia Autonoma di Trento (43,5%) ed il valore minimo in Friuli Venezia Giulia (2,5%).

In ambito di *long-term care*, sia rispetto al tasso di presidi residenziali (12,86 per 100.000) e sia considerando l'offerta in termini di posti letto (522 per 100.000), si evidenzia un marcato gradiente Nord-Sud a svantaggio del Meridione. Infatti, particolarmente elevati risultano i valori delle regioni settentrionali soprattutto se si considera l'offerta dei posti letto. Tale variabilità regionale si riscontra anche per gli ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*. I dati analizzati per tutti gli indicatori esaminati (minori, adulti, anziani), evidenziano, pertanto, un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud. Da sottolineare, però, che questa situazione risente della distribuzione territoriale dell'offerta residenziale.

Infine, relativamente alle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per le patologie croniche esaminate (Diabete mellito, Broncopneumopatia ed Insufficienza cardiaca), si evidenzia, nel complesso, un trend in diminuzione.

**Cure odontoiatriche** - Nel nostro Paese le prestazioni sanitarie, sia preventive che terapeutiche connesse alla salute del cavo orale, considerata parte integrante dello stato di salute globale degli individui, vengono erogate principalmente da professionisti che operano nel settore *for profit*. È per questo che molti cittadini, il cui reddito non è sempre sufficiente a sostenere le spese sanitarie, si trovano in condizioni di svantaggio.

Per evidenziare questa situazione è stata calcolata la quota di popolazione di 16 anni ed oltre (9,7%) che, pur presentandone la necessità, non ha avuto accesso alle cure odontoiatriche. Da questo studio è emerso un chiaro gradiente Nord-Sud. Il valore più alto si registra in Basilicata (16,1%), mentre quello più contenuto caratterizza la Valle d'Aosta (3,5%).

Sono stati esaminati anche i dati relativi all'ospedalizzazione per osteonecrosi della mascella da bifosfonati e le regioni che, nel 2008, presentano i tassi maggiori sono la Puglia (13,30 per 100.000), il Friuli Venezia Giulia (11,80 per 100.000) e l'Emilia-Romagna (10,10 per 100.000). La regione con il tasso più basso è la Valle d'Aosta.

**Assistenza farmaceutica territoriale** - In Italia il consumo dei farmaci viene costantemente monitorato, in maniera analitica ed in tempo reale, attraverso uno specifico sistema informativo in grado di produrre informazioni aggiornate sull'andamento dei consumi e della spesa di ogni tipologia di farmaco erogato sia attraverso l'assistenza territoriale che ospedaliera. Gli indicatori esaminati riguardano i consumi e la spesa farmaceutica territoriale, la spesa per le modalità di Distribuzione Diretta e per Conto, l'uso di farmaci a brevetto scaduto, la spesa farmaceutica privata e la spesa per il ticket e la compartecipazione sostenuta dai cittadini. È stata anche eseguita un'analisi sul consumo totale di antibiotici e di alcune specifiche classi (chinoloni, cefalosporine, amino glicosidi).

Il consumo farmaceutico territoriale risulta in costante aumento e nel 2009 l'incremento è stato dello 0,2% rispetto al 2008 e del 37,4% rispetto al 2001. Analogamente ai dati di consumo un incremento dello 0,9% rispetto al 2008 e del 2,7% rispetto al 2001 si riscontra anche per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale pro capite. Evidente, sia per il consumo che per la spesa, è la variabilità geografica. Inoltre, relativamente al numero di ricette pro capite si registra, nel periodo 2008-2009, un aumento del 3,3% con un incremento omogeneo in tutte le regioni, mentre il costo medio della ricetta è diminuito.

Questa'anno, per la prima volta, è stata calcolata la spesa dei farmaci in Distribuzione Diretta e per Conto che ha evidenziato, a livello nazionale (53,50 €), un incremento di 2,7 punti percentuali rispetto al 2008 ed ampie disomogeneità tra le regioni. La variabilità geografica è molto ampia con un *range* costituito dal valore minimo della Sicilia (11,70 €) e dal valore massimo della Sardegna (88,80 €).

Il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è, dal 2002 al 2009, più che triplicato passando dal 14,0% al 45,7%. Parallelamente, nello stesso periodo, anche la quota di spesa è aumentata dal 7,0% al 27,8%. La regione che ha presentato i maggiori incrementi, sia nell'uso (3,0 punti percentuali) che nella spesa (0,7 punti percentuali), è la Toscana. Da sottolineare, però, che se si confrontano i dati del 2009 con quelli del 2008 si evidenzia, per entrambi i parametri esaminati, un rallentamento nella crescita.

Nel 2009, a differenza di quanto osservato negli anni precedenti, la spesa privata, pur mantenendosi sostanzialmente stabile, ha presentato una variazione in diminuzione pari a 0,1 punti percentuali rispetto al 2008. La regione che ha registrato il massimo decremento (1,5 punti percentuali) è la Puglia, mentre quella in cui si è registrato il maggior incremento è la Provincia Autonoma di Bolzano (1,9 punti percentuali). Evidente è il gradiente Nord-Sud poiché tutte le regioni settentrionali presentano valori superiori alla media nazionale (32,3%), mentre quelle meridionali presentano valori inferiori.

In generale, per quanto riguarda la compartecipazione richiesta ai cittadini, si registra un aumento rispetto a ciascun anno del periodo esaminato (2002-2009).

L'analisi sul consumo di antibiotici, che pone l'Italia al secondo posto tra i Paesi europei, evidenzia un'ampia variabilità regionale con rilevanti differenze tra le regioni settentrionali e meridionali. Infatti, la Campania e la Puglia, che presentano i valori più alti, consumano più del doppio della Provincia Autonoma di Bolzano che registra, invece, i consumi più bassi. Analizzando i dati dal 2002 al 2009 l'incremento è stato del 22,2%. Tale trend è confermato anche dai dati del 2009 che mostrano una crescita nei consumi nella maggior parte delle regioni, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia, del Lazio e della Calabria che presentano lievi riduzioni e delle Marche e del Veneto che registrano

valori pari all'anno precedente. Inoltre, in relazione agli antibiotici, è stato presentato un *Box* sul sovra consumo che, oltre ad avere un notevole impatto sulla salute pubblica ed individuale, determina un considerevole eccesso di spesa, ed un *Box* sulle reazioni avverse in quanto, i farmaci antibiotici rappresentano una delle categorie farmacologiche per le quali si registra un alto numero di segnalazioni.

Infine, nel 2009, i consumi complessivamente generati dalle tre classi considerate, cioè chinoloni, cefalosporine e amino glicosidi, rappresentano oltre il 25% dei consumi totali di antibiotici sul territorio nazionale e tale proporzione, seppur in diminuzione, è tra le più elevate dell'Unione Europea. La classe più prescritta è quella dei chinoloni seguita dalle cefalosporine, mentre gli amino glicosidi presentano una condizione di stabilità.

**Assistenza ospedaliera** - Per monitorare i cambiamenti e confrontare i risultati ottenuti ed i trend in corso nelle diverse realtà regionali in riferimento agli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale, sono stati analizzati una serie di indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera (Tasso di ospedalizzazione complessivo e distinto per età, tipologia di attività erogata e per DRG medici e chirurgici in Regime Ordinario-RO e Day Hospital DH), l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura (Degenza Media e Degenza Media PreOperatoria -DMPO) e l'appropriatezza clinica ed organizzativa (Dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici, Utilizzo del DH per i DRG medici a rischio di inapproprietezza, Accessi e ricoveri in DH, Day Surgery (DS) e "One Day Surgery" e Percentuale di interventi per frattura del collo del femore).

La fotografia che emerge analizzando il tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero in entrambe le modalità e cioè sia in RO che in DH. Nel 2008, il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale, è pari a 187,3%, di cui 129,1% in modalità ordinaria e 58,2% in modalità di ricovero diurno, ed il valore massimo si registra in Campania (231,8%), mentre il valore minimo si registra in Friuli Venezia Giulia (148,5%). In generale, le regioni del Sud e le Isole presentano un tasso complessivo superiore sia allo standard normativo (180%) che alla media nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, con l'eccezione della Liguria, della Provincia Autonoma di Bolzano e del Lazio. Da sottolineare è il superamento del riferimento normativo (30%) in tutte le regioni del tasso di ospedalizzazione in DH. La tendenza alla riduzione è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per acuti e riabilitazione, mentre un aumento si registra per i ricoveri di lungodegenza. Inoltre, relativamente alla distribuzione per età, risultano piuttosto alti i tassi di ricovero nella fasce di età "estreme". Tra gli indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera sono stati esaminati anche i tassi di dimissione per tipologia di DRG. Da questo studio è emerso che, nel 2008, i DRG medici rappresentano il 59,2% di tutti i ricoveri e rispetto al 2001 sono diminuiti (65,0%), mentre i DRG chirurgici rappresentano il 40,8% e rispetto al 2001 sono aumentati (35,0).

Analizzando gli indicatori sull'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura risulta che la degenza media a livello nazionale, nel 2008, è di 6,8 giorni e che, negli ultimi anni, è rimasta sostanzialmente stabile. Il valore maggiore si registra nella Provincia Autonoma di Trento con 7,8 giorni, mentre il minore si registra in Sicilia ed in Campania con, rispettivamente, 6,3 giorni. La DMPO, invece, presenta una riduzione anche se molto modesta. Infatti, tra il 2006 ed il 2008, la DMPO si è ridotta passando da 2,00 giorni a 1,97 giorni. Anche per questo indicatore persistono evidenti e spesso ingiustificate differenze regionali, dovute alla disomogeneità nella definizione di adeguati percorsi diagnostici e clinico assistenziali.

Tra gli indicatori sull'appropriatezza organizzativa sono stati analizzati i dati relativi alle dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici che risulta pari, nel 2008, al 35,7%. Tale valore ha subito, dal 2006, una lieve, ma costante riduzione. I dati analizzati evidenziano una spiccata variabilità regionale e mostrano un netto gradiente geografico in quanto, tutte le regioni del Sud e le Isole, presentano valori al di sopra della media nazionale. Per migliorare l'appropriatezza organizzativa dell'ospedale ogni regione ha dovuto promuovere strategie di intervento ed azioni compatibili con il proprio contesto organizzativo di riferimento. A tal proposito è stato calcolato l'utilizzo del DH per i DRG a rischio di inapproprietezza che, nel periodo considerato (2006-2008), risulta tendenzialmente stabile. Molto ampia e disomogenea risulta la variabilità regionale. Sono stati anche calcolati gli accessi in DH e DS ed i ricoveri in DS e "One Day Surgery". Nel 2008, per quanto riguarda il numero di accessi, si registra a livello nazionale un valore pari a 3,69 accessi in DH ed a 1,57 accessi in DS e la distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni in DH, passando da 2,39 accessi medi della Puglia a 7,96 dell'Emilia-Romagna. Da sottolineare è l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbero essere agevolmente effettuate in ambito ambulatoriale. Relativamente ai ricoveri i dati del 2008 dimostrano che la percentuale di ricoveri in DS (46,42%), sul totale dei ricoveri diurni, è in aumento rispetto agli anni passati e che la variabilità regionale denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri con i valori più elevati nelle regioni del Centro-Nord. Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 16,22% delle dimissioni in RO, presentano una elevata variabilità a livello territoriale. Quest'anno, per la prima volta, è stata calcolata la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore nei pazienti di 65 anni ed oltre. Il valore nazionale di questo indicatore di appropriatezza clinica ed organizzativa è pari al 32,5%. Tale valore risulta piuttosto basso rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Infine, per arricchire il quadro conoscitivo del programmatore sanitario e per capire quanto il sistema sanitario riesca a soddisfare in maniera efficace la domanda di assistenza ospedaliera, è stato presentato un *Box* sul livello di soddisfazione dei cittadini nei confronti dell'assistenza ospedaliera in seguito ad un ricovero, in particolare rispetto all'assistenza medico-infermieristica ed al vitto ed un *Box* sulla distribuzione territoriale e sul funzionamento degli

Hospice.

**Trapianti** - Per quanto riguarda i trapianti l'Italia risulta ai primi posti nel panorama europeo non solo per i livelli di donazione, ma anche per la qualità degli interventi eseguiti e per le misure di sicurezza e trasparenza. Gli indicatori esaminati riguardano l'attività di donazione e *procurement*, l'attività di trapianto e la valutazione degli esiti (cuore, fegato, rene, midollo osseo).

Relativamente all'attività di donazione particolarmente marcato appare il divario Nord-Sud anche se non esistono ragioni epidemiologiche che possano spiegare tale fenomeno. In generale, la disomogeneità regionale, seppure in parte legato ad aspetti socio-culturali, rispecchia l'organizzazione delle strutture di prelievo e la capacità del Coordinamento Locale di incidere positivamente sulla scelta alla donazione da parte dei familiari. Nel 2009, i più elevati livelli di donatori utilizzati, si registrano nella Provincia Autonoma di Trento (36,4 Per Milione di Popolazione - PMP), seguita dalla Toscana e dal Friuli Venezia Giulia con, rispettivamente, 35,0 e 34,9 PMP. Anche per le donazioni si evidenzia un marcato gradiente territoriale Nord-Sud con un *range* che varia dal 54,0% della Calabria allo 0,0% del Molise.

Il divario regionale tra Centro-Nord e Sud persiste sia nell'attività di trapianto e sia nella distribuzione dei centri per tipologia di organo generando una mobilità dei pazienti verso le regioni settentrionali. Da un punto di vista numerico la Lombardia, con 700 trapianti, è la regione che esegue il maggior numero di interventi, mentre l'Emilia-Romagna si conferma la regione con la maggior percentuale di trapianti extra regionali (52,1%).

Per la valutazione degli esiti vengono esaminati i dati relativi alla sopravvivenza dell'organo e del paziente a distanza di 1 e 5 anni dal trapianto. Importante è sottolineare che le differenze dei valori della sopravvivenza sono da imputare alle diverse tipologie ed alla complessità dei trapianti. In generale, i valori della sopravvivenza del paziente ad 1 anno risultano per il trapianto di cuore, fegato e rene superiori all'80% (rispettivamente 83,4; 85,7%; 97,0%), mentre per il midollo osseo si registra un valore pari al 57,7%.

**Centro Nazionale Sangue** - Fondamentale, per valutare la qualità organizzativa e gestionale delle strutture, per definire il programma annuale per l'autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti e per la ripartizione regionale dei finanziamenti al sistema trasfusionale, è il monitoraggio delle attività trasfusionali. Gli indicatori esaminati riguardano la programmazione per l'autosufficienza di Globuli Rossi (GR) e la programmazione per l'autosufficienza di plasma per la produzione di plasmaderivati.

Il bilancio nazionale, fra produzione e consumo per l'anno 2008, indica che il sistema sangue si è mantenuto quantitativamente in equilibrio con un saldo positivo di circa 16.800 unità atto a compensare eventuali situazioni di carenza occasionale o straordinaria ed a costituire riserve strategiche. Per il 2009, la programmazione della produzione di GR, ha previsto un incremento pari a +1,77% rispetto all'anno precedente, mentre per i consumi è stato previsto un incremento pari a +1,33%.

Per il 2009, il quantitativo di plasma da avviare alla lavorazione farmaceutica, definito dai responsabili delle strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali, registra un incremento pari a +3,8% rispetto al 2008. I dati analizzati evidenziano una rilevante disomogeneità fra regioni anche se, i risultati del 2008 e le previsioni per il 2009, hanno confermato una lenta, ma costante tendenza al recupero di produzione da parte delle regioni del Centro-Sud rispetto alla media nazionale.

**Differenze geografiche o differenze sociali?** - Nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute generale e nell'aspettativa di vita della popolazione, i principali indicatori di mortalità e morbosità dimostrano l'esistenza nel nostro Paese di aree e di posizioni sociali più svantaggiate.

L'indicatore esaminato, relativo ai determinanti di contesto ed ai determinanti individuali in ambito del bisogno, dell'accesso e dell'assistenza sanitaria, mostra che le differenze geografiche e sociali si stanno accentuando a svantaggio del Mezzogiorno, ma hanno determinato anche la creazione di "isole di Mezzogiorno" in alcune zone del Centro-Nord. La spiegazione di tali differenze risiede nella maggiore concentrazione al Sud di 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 di risposta dei servizi ai bisogni.