

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2009

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

In linea generale, lo stato di salute degli italiani è complessivamente buono, ma continuano ad aumentare le differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne.

Sono molto differenziati, infatti, i livelli emergenti soprattutto da alcuni indicatori relativi allo stato di salute, ma anche da quelli inerenti l'offerta di servizi e la gestione delle attività socio-sanitarie.

Quest'anno la tendenza è ancora più forte degli anni precedenti e rappresenta un'importante base di analisi dei profili di ciascuna regione, ognuna profondamente diversa dall'altra, con una peculiarità che caratterizza distintivamente il nostro Sistema Sanitario Nazionale rispetto al più generale contesto europeo.

I principali risultati:

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

La popolazione continua ad aumentare, rispetto al biennio 2006-2007, per effetto principalmente delle immigrazioni e dell'aumento del tasso di fecondità totale, soprattutto delle donne di oltre 30 anni di età e delle cittadine straniere, in particolare nelle regioni del Centro-Nord. Il Sud continua ad essere l'area meno dinamica del Paese.

Gli effetti di queste evoluzioni non hanno modificato la forte tendenza all'invecchiamento della popolazione: ogni cinque persone una ha più di 65 anni. Inoltre, il 27% delle persone con più di 65 anni vive solo, soprattutto tra le donne.

Il saldo migratorio verso l'estero appare in crescita, specialmente dalle regioni del Centro-Nord, segnala questo collegabile senz'altro con la speranza di molti di crearsi un futuro migliore, in un'epoca di crisi economica globale.

Sopravvivenza e mortalità

La speranza di vita alla nascita per il 2008 è pari a 84 anni per le donne e a 78,7 anni per gli uomini.

I valori della speranza di vita alla nascita, a 65 e 75 anni, negli ultimi anni rimangono stabili per le donne, mentre per gli uomini continuano ad aumentare.

La regione con la speranza di vita più elevata per gli uomini sono le Marche, mentre per le donne la PA di Bolzano. La regione con i valori più bassi, per entrambi i sessi, è la Campania.

I dati presentati quest'anno evidenziano un calo generale della mortalità per le principali cause di morte rispetto al 2003.

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. Per la prima area geografica predominano le morti per tumore, per la seconda quelle per problemi dell'apparato cardio-circolatorio.

L'analisi dei trend temporali di mortalità per area geografica, per tutti i tumori e per le principali sedi oncologiche, mostra che è ancora in atto, come abbiamo evidenziato negli anni precedenti, un livellamento delle tendenze di rischio tra Nord, Centro e Sud, con un netto peggioramento per quest'ultimo ed, in particolare, per gli uomini i cui livelli di incidenza, che negli anni Settanta erano spiccatamente più bassi rispetto al resto del Paese, stanno aumentando, con la previsione che nel 2010 raggiungeranno i valori del Nord per tutte le sedi e per i tumori del colon-retto, del polmone e dello stomaco.

Deprivazione e mortalità

Quest'anno l'analisi delle disuguaglianze è stata esaminata anche attraverso l'indice di deprivazione, calcolato considerando una serie di informazioni socio-economiche legate ad un esito di tipo socio-sanitario come la mortalità.

Viene presentata una descrizione delle misure calcolate a livello di comune e un'analisi di correlazione ecologica tra l'indice di deprivazione comunale e la mortalità generale nel periodo 2000-2004 utilizzando i dati

del Censimento Istat del 2001. All'aumentare del livello di deprivazione medio i tassi standardizzati di mortalità regionali crescono, in particolare per i valori maggiori dell'indice.

Caratterizzano le regioni del Sud una bassa istruzione (la maggior frequenza di poco istruiti è in Basilicata 41%) e un alto livello di disoccupazione, soprattutto in Campania e Sicilia, dove più di un quarto della popolazione è in cerca di occupazione o disoccupata. Oltre alle regioni del Sud hanno valori sbilanciati verso un maggior livello di deprivazione anche il Lazio, la Liguria e la PA di Bolzano.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo

Non emergono forti differenze territoriali rispetto ai dati dell'anno precedente con il Centro-Sud in cui si fuma leggermente di più che al Nord, mentre si evidenzia una lieve diminuzione dei fumatori nella maggior parte delle regioni. La prevalenza di persone che ha smesso di fumare dal 2001 al 2007 è passata dal 20,2% al 22,5%.

I dati per sesso dimostrano che il fumo è ancora più diffuso tra gli uomini che tra le donne.

Consumo di Alcol

I non consumatori sono diminuiti lievemente rispetto all'anno scorso, in particolare in Molise, dal 33,7% al 28,7%. I consumatori a rischio hanno raggiunto il 16,18% della popolazione di età >11 anni con una forte differenza di genere: 26,4% uomini vs 7,8% donne.

Nelle fasce di età giovanili, sono i ragazzi tra gli 11 ed i 18 anni coloro che consumano più alcol.

Tra gli adulti, nella fascia 19-64 anni e per entrambi i sessi, le realtà con consumi più alti sono la PA di Trento, la PA di Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia ed il Piemonte. Il più basso numero di consumatori adulti di alcol si registra in Campania ed in Sicilia.

Alimentazione, sovrappeso e obesità

Per quanto concerne gli stili alimentari, l'analisi evidenzia che nelle regioni dove è più diffusa l'abitudine di pranzare fuori casa, una percentuale più elevata di persone dichiara di mangiare 5 o più porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta.

Tra i cambiamenti più rilevanti vanno segnalati: l'andamento decrescente delle fonti di grassi, del consumo di alimenti proteici, di cereali e di patate. Diminuisce anche il consumo di vegetali, frutta, pesce e latte. Sono, invece, in costante crescita il consumo di snack salati, aperitivi alcolici e acqua minerale.

In generale, ci allontaniamo sempre più dal quadro di riferimento auspicabile per i consumi alimentari. L'unica regione che presenta un andamento vicino a quello ottimale è la Valle d'Aosta.

La maggior parte delle regioni presenta una tendenza all'aumento delle persone in sovrappeso. L'obesità appare, invece, in diminuzione nel Nord-Est. Le regioni del Sud continuano a presentare la prevalenza più alta di persone in sovrappeso (Campania e Sicilia 41%) ed obese (Molise e Basilicata 13%).

Al crescere dell'età cresce la popolazione in eccesso ponderale. Tale condizione è più diffusa negli uomini che nelle donne.

Dall'analisi *ad hoc* del sovrappeso ed obesità nei bambini, emerge che il 36% ne è affetto: ad 8-9 anni presentano valori più bassi le regioni settentrionali, più alti quelle del Centro-Sud. Il rischio di eccesso ponderale è più basso per le bambine, mentre nelle aree metropolitane il rischio è maggiore per tutta la popolazione infantile rispetto alle aree rurali ed ai piccoli centri urbani.

Queste differenze vanno di pari passo con quelle relative all'attività fisica.

La percentuale di popolazione che pratica regolarmente attività fisica è minore al Sud (Sicilia, Campania e Calabria intorno al 14%) rispetto al Nord (Veneto e Lombardia intorno al 25-26%). Al crescere dell'età aumenta la sedentarietà: oltre il 70% della popolazione con più di 75 anni non fa nessuna attività fisica.

Politiche vaccinali

Si nota un lieve incremento delle vaccinazioni obbligatorie nella popolazione infantile dal 2007 al 2008, con la PA di Bolzano, la Calabria e la Campania che sono le uniche aree del Paese in cui non è stato raggiunto l'obiettivo di copertura del 95% previsto dal Piano Nazionale Vaccini.

Relativamente alla copertura vaccinale antinfluenzale, nel periodo 2008-2009, si è riscontrata una maggior diffusione soprattutto tra ultra 65enni.

Screening oncologici

Negli ultimi anni l'attività di prevenzione oncologica si è sviluppata molto, ma ancora non ha raggiunto l'attivazione completa dei programmi di screening. Nelle aree territoriali dove sono attivi i programmi di scree-

ning mammografico, per il cervicocarcinoma e per il colon-retto, c'è stato un forte impulso negli ultimi tre anni.

Le attuali coperture, però, sono caratterizzate da forti discrepanze geografiche, sempre evidenziate in passato e che, nonostante un sensibile miglioramento del Sud, fanno permanere un forte divario con il Centro-Nord.

Incidenti

Gli incidenti stradali continuano ad interessare pesantemente la popolazione italiana, soprattutto quella maschile, relativamente ai tassi standardizzati di mortalità che evidenziano differenze regionali Nord-Sud.

Secondo il Rapporto Istat-ACI relativo agli incidenti stradali avvenuti in Italia nel 2008, si sono verificati circa di 220 mila incidenti stradali, che hanno causato oltre 310 mila infortuni e quasi 5 mila decessi. Rispetto al 2007 si segnala un miglioramento: gli incidenti sono diminuiti del 5,2%, i decessi del 7,8% e i feriti del 4,6%.

Per quanto riguarda gli incidenti mortali sul lavoro, nel 2007 si è registrato un calo di circa il 10%, con persistenti differenze tra Nord e Sud: il rischio lavorativo fa registrare, infatti, più infortuni nel Nord-Est e più morti al Sud.

Relativamente agli incidenti domestici risulta che siano rimasti coinvolti l'11,9 per 1.000 abitanti nei tre mesi precedenti l'intervista, effettuata nel 2007, per cui, nell'arco di 1 anno, si stima che 2 milioni e 800 mila persone siano state coinvolte. Nelle età giovanili gli uomini sono i più interessati, mentre andando avanti negli anni lo diventano le donne. Le casalinghe, gli anziani e i bambini sono il gruppo più esposto.

Ambiente

Il tema dei rifiuti solidi urbani è predominante non solo, ovviamente in termini ambientali, ma anche per quanto concerne gli aspetti socio-sanitari.

La quantità di questi rifiuti a livello nazionale è cambiata poco, raggiungendo i 32 milioni di tonnellate. Leggermente più marcato è l'aumento al Sud, mentre la produzione pro capite è generalmente diminuita. La modalità di gestione principale è lo smaltimento in discarica.

Le analisi relative all'inquinamento da polveri fini e quella sulle stazioni di rilevamento regionali evidenziano una forte frammentarietà e disomogeneità che non permettono facili confronti. Quest'anno, il gruppo di lavoro di Osservasalute, ha pubblicato un dossier completo sull'analisi di un'ampia gamma di indicatori ambientali nelle regioni italiane (www.osservasalute.it - Rapporto Osservasalute Ambiente) a cui si rimanda per un *focus* su ambiente e salute.

Alcune malattie: cardiovascolari, metaboliche, infettive, mentali

Le malattie cardiovascolari sono responsabili di circa il 25% della mortalità generale e sono le cause di morte più frequenti in Italia.

Annualmente, gli anni potenziali di vita perduta dai deceduti di età fino a 65 anni per tali patologie sono 300 mila.

I tassi di ospedalizzazione per le malattie coronariche sono per gli uomini più del doppio di quelli delle donne; per le malattie ischemiche del cuore le regioni del Sud hanno valori molto più alti rispetto all'area settentrionale.

Tra il 2004 ed il 2006 si evidenzia un trend decrescente per le malattie ischemiche, mentre per l'infarto acuto del miocardio riscontriamo tale tendenza solo in alcune regioni del Nord.

Le malattie cerebrovascolari presentano maggiori tassi di ospedalizzazione per le donne: dal 2004 al 2006 il trend complessivo è decrescente, mentre al contrario la tendenza per ictus emorragico in molte regioni è in aumento.

Aumenta, inoltre, il trend della mortalità per le malattie ischemiche del cuore per entrambi i sessi.

I tassi di ospedalizzazione per le malattie metaboliche evidenziano valori crescenti sia in regime ordinario che in Day Hospital. Al Sud i valori sono più alti rispetto al Nord, soprattutto per la Sicilia, il Molise e la Puglia. Per entrambe le tipologie di ricovero i dati mostrano più dimessi tra gli uomini.

Per quanto riguarda le malattie infettive, quest'anno il capitolo è stato aggiornato solo parzialmente, poiché i dati relativi a tutte le patologie solitamente trattate non erano disponibili.

Dopo aver analizzato in generale le prospettive di tali patologie nel nostro Paese, è stata descritta l'incidenza di HIV e AIDS che conferma le differenze Nord-Sud a svantaggio del Nord. Questo aumento di infezioni è attribuibile all'utilizzo di sostanze stupefacenti per via endovenosa ed al contagio per contatti sessuali.

Per quanto riguarda l'incidenza di HIV i valori più bassi si sono registrati in Puglia (1,7 per 100.000) e i più elevati nella provincia di Rimini (10,2 per 100.000).

Tra le infezioni a trasmissione sessuale, la sifilide risulta essere la più frequente e con una tendenza all'aumento.

Tra le infezioni a trasmissione respiratoria le più diffuse risultano la varicella (924 casi per 100.000) e la scarlattina (213 per 100.000). La prima soprattutto nella fascia di età tra i 15-24 anni.

Entrambe mostrano un gradiente di incidenza Nord-Sud decrescente. Il morbillo presenta una riduzione dell'incidenza, ma non un completo debellamento.

L'analisi dei dati di ospedalizzazione per disturbi psichici risulta in diminuzione a livello nazionale.

Alcune eccezioni, a tale tendenza, si trovano nel Lazio (nel 2006 tassi superiori al 5% rispetto al 2002) e nella PA di Bolzano, dove l'incremento ha riguardato solo le donne.

Relativamente alle ospedalizzazioni per sindromi psicotiche indotte da alcol e droghe, il trend nazionale è anche esso in diminuzione: i tassi specifici mostrano che i valori più alti si registrano nella fascia 35-54 anni.

Il consumo dei farmaci antipsicotici è in diminuzione e ci sono forti differenze regionali difficilmente interpretabili, invece, per i farmaci antidepressivi si riscontra un forte aumento e una forte variabilità di consumo decrescente tra il Centro-Nord ed il Sud.

Disabilità

La famiglia in Italia continua a svolgere un ruolo importante nell'attività di cura delle persone con disabilità. Gli aiuti forniti dalla rete informale sembrano essere quelli a più ampia diffusione: li riceve il 31% delle famiglie. Solo il 15% delle famiglie, con almeno un componente con disabilità, riceve un aiuto dalla rete formale di tipo pubblico, così come da quella di tipo privato.

Una famiglia con almeno un componente disabile necessita, mediamente, di un reddito superiore dell'80% di una famiglia senza alcun disabile per poter soddisfare le proprie esigenze.

Il numero di persone che nel nostro Paese ricevono pensioni di disabilità ammonta a circa 5 milioni, con prevalenza della popolazione femminile, ma gli importi medi sono più alti per gli uomini. Esiste un gradiente Nord-Sud (Liguria 14.178 € in media vs Basilicata 9.553 € in media).

Per quanto riguarda la spesa sociale dei comuni, vi sono grosse differenze soprattutto per gli utenti anziani, sempre tra Nord e Sud, con valori maggiori nelle regioni settentrionali.

Salute materno-infantile

Sono state analizzate la qualità dell'assistenza in gravidanza e durante l'evento parto, insieme all'analisi delle scelte produttive che non sembrano essere cambiate di molto rispetto all'anno scorso.

Una consistente quota di parti avviene in punti nascita che effettuano meno di 500 parti all'anno, lo standard minimo qualitativamente accettabile.

La distribuzione dei parti cesarei evidenzia un lieve aumento, con fortissime variabilità regionali che vedono il Sud, in particolare la Campania, ai primi posti ed il Friuli-Venezia Giulia in coda. Il ricorso al taglio cesareo mostra un livello medio nazionale particolarmente elevato, intorno al 39%, valore in aumento e tra i più elevati in Europa.

Dopo la fase di stabilità degli anni precedenti, il dato complessivo relativo all'interruzione volontaria di gravidanza, appare in lieve diminuzione soprattutto per le classi di età più giovani e per le donne straniere.

In ulteriore diminuzione la mortalità neonatale ed infantile, ma con un divario Nord-Sud, a sfavore di quest'ultimo, ancora elevato. Si passa da valori di mortalità infantile del Friuli-Venezia Giulia e della Lombardia tra il 2,3 ed il 2,8 per 1.000 al 5,5 per 1.000 della Calabria.

Altro tema trattato è quello della procreazione medicalmente assistita: la presenza di centri e la loro attività risulta molto disomogenea a livello territoriale con un forte gradiente Nord-Sud.

Salute degli immigrati

A distanza di dieci anni dalle prime norme in cui si prendeva consapevolezza della necessità di implementare una politica sanitaria per gli immigrati, è stato fatto un primo bilancio sull'impatto di tali provvedimenti sulla salute della popolazione immigrata in Italia, considerando anche la crescente presenza degli stranieri passata da circa il 2% della popolazione residente nel 1998 all'attuale 6%.

Gli elementi principali riscontrati sono:

- 1) l'aumento dell'accessibilità del sistema sanitario, con incoraggianti risultati in termini di riduzione delle disuguaglianze tra immigrati e popolazione italiana;
- 2) la persistenza di condizioni di fragilità sociale che si ripercuotono negativamente sulla salute.

L'analisi di questo argomento diviene ogni anno sempre più problematico per la difficoltà nel calcolo dei denominatori per cui, quest'anno, il capitolo si sofferma molto sulla necessità di individuare la metodologia di analisi delle fonti esistenti più corretta possibile per proseguire con le indagini.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Le regioni si sono diversificate sempre di più tra loro poiché hanno adottato modelli istituzionali e di *governance* profondamente diversi.

Rimane forte il divario quali-quantitativo nell'offerta e nella qualità dei servizi.

Il sistema di garanzia e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza è ancora in fase di aggiornamento, visto che solo qualche mese fa è stato respinto il decreto emanato in proposito in sede di Conferenza Stato-Regioni e non si è ancora in grado di generare chiari incentivi per le regioni in crisi strutturale.

Si evidenzia la necessità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di sviluppare politiche capaci di trasferire competenza e professionalità dai contesti più avanzati al resto del Paese.

Entro i prossimi anni ci aspetta il monitoraggio dei cambiamenti e, quindi, dei risultati della completa ed effettiva applicazione della Legge n. 42 sul federalismo fiscale approvata a Maggio 2009.

I principali risultati:

Assetto economico-finanziario ed istituzionale-organizzativo

Dall'approvazione della legge delega sul federalismo fiscale, Legge n. 42/09, inizia una nuova fase del processo di devoluzione che fa da sfondo all'analisi degli indicatori di questi capitoli.

Continuano ad esserci differenziali nella spesa pro capite regionale. Il valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al Prodotto Interno Lordo è aumentata dal 2001 al 2006, ma resta sempre allineata ai valori medi dei Paesi OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) ed inferiori a quelle di Francia, Germania e Regno Unito. Tale valore, se analizzato insieme al debito pubblico, evidenzia che il nostro Paese è uno dei pochi ad averlo superiore al PIL: si conferma, pertanto, che le esigenze di contenimento non sono dovute tanto alla spesa stessa, ma alla disastrosa situazione complessiva della Sanità Pubblica.

Il SSN è sistematicamente in disavanzo, nonostante negli ultimi anni si siano ridotti alcuni squilibri.

Tra il 2002 ed il 2008 la spesa sanitaria pro capite è aumentata in media del 4%, ma la crescita è stata superiore al 5% in Puglia, Lazio, Basilicata e Molise, inferiore alla media in Sardegna, Umbria, Lombardia e Abruzzo. Solo Lazio, Campania e Sicilia spiegano il 68% del disavanzo accumulato negli ultimi sette anni.

Le forti differenze regionali mettono in risalto il problema della sostenibilità della perequazione: la relativa omogeneità rilevata per la spesa pro capite ha, d'altronde, una forte differenza del rapporto tra spesa e PIL, i denominatori non son affatto omogenei e tra le regioni si hanno differenziali che vanno dal 6 al 10%.

Assistenza ospedaliera

L'analisi temporale conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero, in entrambe le modalità di ricovero di degenza ordinaria e di Day Hospital.

Il tasso di ospedalizzazione complessiva varia, a livello regionale, dal valore massimo presente in Sicilia (241,7‰) al valore minimo del Friuli-Venezia Giulia (149,2‰).

In generale, tutte le regioni del Sud presentano tassi di dimissione maggiori rispetto alla media nazionale, mentre quelle del Centro-Nord inferiori alla media, ad eccezione della Liguria, del Lazio e della PA di Bolzano. Persiste, quindi, una forte differenza regionale ed in alcune regioni, in particolare del Sud, le azioni intraprese per la riduzione del tasso di ospedalizzazione stentano a tradursi nei risultati attesi.

Si nota una tendenza alla diminuzione dei valori dei tassi di ospedalizzazione per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione; un aumento, invece, per i ricoveri in lungodegenza.

Si osserva, inoltre, che il tasso di ospedalizzazione per tutte le fasce d'età, ed in particolar modo per i soggetti di 65 anni ed oltre, è mediamente più elevato nelle regioni del Sud rispetto alle regioni del Centro-Nord.

Questo induce a porre un'adeguata attenzione nella pianificazione dell'offerta sanitaria, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione e a rendere più appropriato l'utilizzo dell'ospedale per le patologie acute e più efficace l'integrazione ospedale-territorio, a garanzia dell'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Dall'analisi dei tassi di ospedalizzazione per alcuni DRG si riscontra una differenza di qualità dei servizi, come ad esempio la degenza preoperatoria pesata per *case mix*, che è molto diversa tra le regioni, a svantaggio di quelle del Sud.

Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2007, è rimasta sostanzialmente stabile e considerando che è aumentata, nel tempo, la complessità della casistica trattata in termini di peso medio dei ricoveri classificati con il sistema DRG, si osserva un chiaro miglioramento nell'utilizzo più appropriato dell'ospedale, dedicato più correttamente al trattamento e alla cura delle patologie acute.

A distanza di poco più di otto anni dalle indicazioni poste dal DPCM 29/11/2001, l'analisi della percentuale di ricoveri in regime di Day Hospital per i 26 DRG medici a rischio di inappropriatezza relativamente al periodo 2005-2007, indica rilevanti differenze nei valori, con trend di segno opposto nelle diverse regioni, nonostante in via generale si rilevi una diminuzione del 4%.

Il confronto tra le percentuali di utilizzo del Day Hospital per tali DRG calcolate sui dimessi per regione di ricovero con quelle calcolate per regione di residenza, evidenzia che la percentuale di utilizzo per il primo tipo di analisi è maggiore rispetto a quella rilevata sui pazienti residenti. Questo lascia intendere che esiste una tendenza maggiore ad effettuare ricoveri inappropriati in regime di Day Hospital quando si tratta un paziente proveniente da un'altra regione.

Nell'analisi dei dimessi con DRG medici da reparti chirurgici, il dato presenta una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente tra le regioni: presentano valori al di sotto della media nazionale tutte le regioni del Centro-Nord, ad eccezione delle PA di Bolzano e Trento, della Valle d'Aosta, dell'Umbria e del Lazio. Hanno valori al di sopra della media tutte le regioni del Sud.

Assistenza territoriale

Appaiono abbastanza evidenti gli sforzi fatti anche quest'anno da molte regioni per rafforzare l'attività erogata in ambito territoriale, rispetto a quella ospedaliera, anche se permangono evidenti differenze tra Nord e Sud soprattutto per le prestazioni relative all'Assistenza Domiciliare Integrata; inoltre, nelle regioni del Nord, il numero di ADI per abitante è oltre due volte e mezzo superiore a quello del Sud.

A livello nazionale risultano in aumento i pazienti trattati nelle strutture che erogano questo tipo di prestazioni, ma in lieve diminuzione rispetto agli ultimi tre anni sono i pazienti anziani trattati. Per quest'ultimo indicatore il Molise presenta il valore più basso del 45%, la Liguria il più alto del 93,5%.

Tale gradiente resta confermato anche in ambito di *long-term care* sia rispetto al tasso di presidi residenziali per abitante (a quota 11,2 per 100.000 abitanti), sia considerando l'offerta in termini di posti letto.

Per quanto riguarda gli ospiti di tali strutture, che sono circa 6 mila minori, 39 mila adulti e 223 mila anziani, il 68% risulta disabile. Anche per tali dati è evidente un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud.

Tale gradiente rimane accentuato anche per le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (diabete mellito, broncopneumopatia cronico-ostruttiva ed insufficienza cardiaca senza procedure cardiologiche), analizzate attraverso la metodologia elaborata per alcuni indicatori selezionati dal *framework* più ampio utilizzato dall'Agenzia Federale del Governo Americano (*Agency for Healthcare Research and Quality*) per valutare la qualità dell'assistenza.

Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera

In Italia, il consumo dei farmaci è costantemente monitorato attraverso uno specifico sistema informativo, che ci dà la possibilità di considerare gli indicatori relativi al consumo e alla spesa di ogni tipologia di farmaco erogato, sia attraverso l'assistenza territoriale che ospedaliera, sia pubblica che privata.

L'assistenza farmaceutica presenta anche quest'anno un'ampia variabilità di utilizzo e consumo tra le regioni: esiste un problema di sostenibilità del sistema farmaceutico pubblico visto che, nel 2008, il consumo totale di farmaci rimborsati dal SSN ha registrato un aumento del 5% rispetto al 2007 e del 37% rispetto al 2001.

Al Centro-Sud troviamo valori di consumi superiori alla media nazionale, soprattutto in Calabria, Sicilia, Lazio, Puglia e Campania, mentre i valori inferiori si registrano in PA di Bolzano, PA di Trento, Lombardia e Piemonte. Si evidenziano molte differenze anche a livello di singola ASL.

Nella spesa farmaceutica si è riscontrata una diminuzione, nel 2008 rispetto al 2007, di circa l'1%, ma i dati sono estremamente variabili a livello regionale e restano più elevati per le regioni del Sud rispetto a quelle del Nord; le regioni del Centro, invece, non rispecchiano un'unica tendenza. Si evidenziano poi comportamenti che portano ad utilizzare farmaci a maggior costo: le ASL con valori maggiori sono nel Lazio, Calabria e Sicilia, valori inferiori in PA di Bolzano, Toscana, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia.

Il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è più che raddoppiato dal 2002 al 2008, passando dal 14% al 43% e la quota di spesa è passata dal 7% al 27%.

La Toscana ha presentato negli anni un notevole incremento dell'utilizzo di questa tipologia di farmaci.

Per quanto riguarda i consumi di farmaci in ospedale, si è rilevata una diminuzione a livello nazionale del 3% nell'ultimo anno, ma anche in questo caso i valori regionali variano da un aumento dei consumi del 15%

della Sardegna ad una diminuzione del 24% del Molise.

La riduzione generale per questa tipologia di erogazione si spiega con la razionalizzazione o con l'applicazione di politiche generali di appropriatezza dell'utilizzo dei trattamenti sanitari. Nello stesso settore la spesa ha, invece, mostrato un aumento del 15% nell'arco di un solo anno. Tale tendenza, ad eccezione della Sicilia, si riscontra in tutte le regioni. Tale aumento potrebbe anche dipendere dal fatto che si utilizzano in ospedale farmaci innovativi a costo sempre più elevato.

Nel periodo 2002-2008 la spesa privata si è mantenuta sostanzialmente stabile, superando di poco il 30% della spesa farmaceutica totale. Nella maggior parte delle regioni la spesa privata pro capite è cresciuta di poco: massimo l'1% in Lazio e in Liguria. Tutte le regioni del Nord hanno valori di spesa superiori alla media nazionale del 32,4%, il valore minimo si trova in Calabria (23%).

Quest'anno sono stati esaminati anche i consumi di farmaci antibiotici poiché abbiamo valori tra i più alti in Europa (vicini al 24 DDD/1.000 ab die nel 2008) ed in aumento negli anni. Anche qui ci sono valori estremamente diversi tra le regioni: la Calabria ne consuma 35,8 (DDD/1.000 ab die) e la PA di Bolzano un terzo di tale valore.

Cure odontoiatriche

È un'area di studio "nuova" rispetto a tutte le precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute e di grande rilevanza soprattutto perché esistono segmenti della popolazione che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari dedicati a questo settore e negli ultimi anni la Commissione Europea ha posto una speciale attenzione alla prevenzione delle patologie orali. Sono stati analizzati indicatori utili alla stima del ricorso ai servizi sanitari per la prevenzione e per la cura di patologie connesse al cavo orale. È emerso che gli anziani e le persone con basso titolo di studio accedono meno alle visite e alle cure odontoiatriche, circa il 26% ciascuno.

La popolazione residente nel Sud ricorre meno della media nazionale a tali cure: la Campania con il 26% è la situazione peggiore, mentre i valori più alti si registrano nel Nord-Est, in particolare nella PA di Bolzano (54%). Inoltre, l'86% di coloro che hanno fatto ricorso ad un dentista o ad un ortodontista ha sostenuto interamente il costo delle prestazioni.

Trapianti

Negli ultimi 10 anni il settore dei trapianti ha evidenziato a livello nazionale notevoli progressi: l'attività di donazione si è più che triplicata con un incremento del 40%, mentre quella di trapianto ha registrato un aumento del 20%.

Come per gli altri anni, il nostro Paese conferma di poter contare su un'attività clinico-assistenziale in diversi centri di eccellenza

Soddisfazione dei cittadini

Un giudizio intermedio sul SSN pubblico è espresso da una buona percentuale della popolazione italiana: il 43%. È insoddisfatto il 17% e soddisfatto il 34%.

La maggior parte degli intervistati ritiene che negli ultimi anni non ci siano stati forti cambiamenti, mentre il 28% ritiene che il nostro servizio sanitario stia peggiorando.

Alcune priorità secondo Osservasalute

Nel ribadire, come facciamo ogni anno, che compito del Rapporto Osservasalute non è quello di indicare ai decisori le azioni da intraprendere, ma di mettere a loro disposizione dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento, è possibile individuare, alla luce delle evidenze emerse quest'anno, le seguenti priorità, peraltro sovrapponibili a quelle enunciate negli ultimi due anni:

Salute

1. Intervenire prontamente sull'utilizzazione inappropriata del parto cesareo, ancora in aumento per tutte le classi d'età, soprattutto al Sud.
2. Intervenire per ridurre lo svantaggio allarmante per la mortalità neonatale ed infantile al Sud.
3. Attivare interventi a sostegno delle famiglie che si fanno carico di costi di assistenza elevati dovuti a problemi di disabilità.
4. Migliorare i flussi dei dati a disposizione per effettuare analisi epidemiologiche atte ad analizzare la multicronicità soprattutto della popolazione anziana.
5. Migliorare le rilevazioni e le analisi dei dati relativi alla presenza della popolazione immigrata per poter avere dei denominatori solidi che permettano lo studio accurato del loro stato di salute.

Assistenza

1. Porre attenzione alla prevenzione sia in termini di attività operativa che di investimenti.
2. Lavorare sulla comunicazione e sugli aspetti organizzativi e gestionali più adeguati a soddisfare le esigenze dei cittadini.
3. Porre al centro dell'assistenza il punto di vista del paziente per quanto attiene efficacia e qualità percepita.
4. Iniziare a valutare in modo obiettivo i risultati dell'assistenza.
5. Accelerare la razionalizzazione dell'offerta per le regioni più in difficoltà (es. quelle interessate dai piani di rientro).
6. Organizzare e governare l'assistenza territoriale, attraverso la definizione di percorsi di cura con finalità di *governance* clinica.
7. Sviluppare in modo accurato forme innovative di organizzazione e gestione dell'assistenza primaria.
8. Analizzare i consumi dei farmaci e l'impatto sulla salute per poterne valutare la qualità e i risultati dell'utilizzo e della spesa per capire anche le differenze regionali.

Dott.ssa Laura Murianni
Segretario Scientifico e Coordinatrice
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

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