

Sintesi e Conclusioni del Decimo Rapporto Osservasalute

Nel nostro Paese la crisi economica ed i vincoli di finanza pubblica stanno imponendo una drastica riduzione della spesa pubblica, in particolare quella sanitaria. Nel 2012, si è assistito alla riduzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e ad una sensibile riduzione delle strutture e dei posti letto negli ospedali.

L'attuale quadro economico che il nostro Paese sta vivendo minaccia di compromettere i progressi fatti nel corso degli anni in tutte le dimensioni del benessere della popolazione e le misure di austerità programmate per far fronte alla crisi, sia a livello centrale che locale, introducono pesanti tagli alla spesa pubblica ed in particolare alla spesa sanitaria e socio-sanitaria, minando la già precaria sostenibilità del settore. I tagli previsti potrebbero diminuire i livelli di tutela del sistema, indebolendo la sua funzionalità proprio in un periodo di recessione economica. Lo scenario prospettato si inserisce in una realtà italiana già caratterizzata da evidenti svantaggi, sia in termini di salute che di accessibilità alle cure mediche delle fasce di popolazione di livello socio-economico più basso e di forti sperequazioni territoriali che, specie per le cosiddette "Regioni in Piano di Rientro", rappresentano una costante già da prima del 2008, anno dell'inizio della crisi economica.

Il Rapporto Osservasalute intende offrire un contributo importante in termini di analisi e di dati, al fine di fornire ai decisori pubblici, agli altri addetti ai lavori, ai ricercatori ed ai cittadini un supporto utile a documentare con attenzione le condizioni di salute degli italiani, l'attività di assistenza erogata dai Servizi Sanitari Regionali (SSR) e l'equità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Le analisi descritte forniscono, inoltre, spunti di riflessione in ordine ad importanti temi del settore, quali il rispetto delle garanzie individuali e la capacità del sistema sanitario pubblico di perseguire le sue finalità in modo sostenibile.

Una novità introdotta quest'anno nel Rapporto è rappresentata dalla predisposizione di un Capitolo dedicato alla *performance* sanitaria che offre uno sguardo di sintesi generale in ordine ai temi dell'efficienza della spesa, dell'efficacia delle attività di cura e prevenzione, dell'appropriatezza e dell'accessibilità alle cure. Le analisi effettuate, pur con le dovute cautele, confermano, con alcune eccezioni, i tradizionali differenziali territoriali che vedono il Centro-Nord più virtuoso del Mezzogiorno in termini di *performance*. Inoltre, lo studio ha messo in luce alcuni *trade-off* sui quali è opportuno riflettere: ad esempio i dati evidenziano che spesso la ricerca di efficienza ha un risvolto negativo in termini di efficacia, accessibilità e soddisfazione.

Entrando, invece, nel dettaglio delle tematiche affrontate, i principali risultati che emergono dal Rapporto ci forniscono un quadro del SSN che opera in un contesto di progressivo aumento della popolazione a rischio, a causa del noto processo d'invecchiamento e della presenza di una discreta quota di popolazione straniera immigrata.

In termini di condizioni di salute, si conferma la tendenza all'aumento della speranza di vita tra gli uomini che si avvicina sempre più a quella delle donne; confermata anche la diminuzione dei rischi di morte per alcune cause (sistema circolatorio, tumori, apparato digerente e respiratorio). Migliorano alcuni stili di vita, in particolare diminuiscono i fumatori ed aumentano coloro che non consumano alcol, ma cresce il fenomeno del *binge drinking* tra i giovani ed è ancora elevata la quota di popolazione in sovrappeso e di coloro che non svolgono attività fisica.

Sul fronte economico-finanziario, gli indicatori testimoniano una discreta efficacia delle iniziative di contenimento della spesa che si mantiene al di sotto della media dell'Unione Europea (UE-15), sia in termini pro capite, sia in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL); i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori nazionali.

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

Nel biennio 2010-2011, si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente dovuto alla componente migratoria. L'Italia presenta, infatti, un saldo totale positivo (+4,2 per 1.000), anche se in diminuzione rispetto al biennio precedente. Il saldo totale è frutto di un saldo naturale prossimo allo 0 (-0,5 per 1.000) ed un saldo migratorio positivo (4,7 per 1.000), anche questo in diminuzione rispetto al biennio precedente.

A livello regionale si riscontra un saldo naturale negativo in Liguria (-6,0 per 1.000), mentre valori positivi si rilevano in entrambe le PA del Trentino-Alto Adige (Bolzano +3,0 per 1.000; Trento +1,4 per 1.000) ed in Campania (+1,3 per 1.000).

Il saldo migratorio con l'estero, nonostante in diminuzione rispetto a quello del biennio precedente, è positivo e si attesta su un valore nazionale pari a 5,8 (per 1.000), confermando come le regioni del Nord e del

Centro siano nettamente più interessate dal fenomeno. Sul fronte delle migrazioni interne, si confermano i trend storici che vedono i maggiori movimenti in uscita nelle regioni meridionali (ad esclusione dell'Abruzzo). In particolare, in Basilicata, in Calabria ed in Campania il saldo migratorio interno raggiunge i valori negativi più elevati (rispettivamente, -3,0, -3,3 e -3,4 per 1.000). Le regioni destinatarie di tali flussi sono l'Emilia-Romagna, il Friuli Venezia Giulia, la PA di Trento, la Toscana ed il Lazio.

Il Tasso di fecondità totale, nel 2011, è pari a 1,39 figli per donna in età feconda e tale valore è costante rispetto agli ultimi anni. Gli effetti di queste dinamiche sulla struttura della popolazione non hanno modificato la generale tendenza all'invecchiamento della popolazione ed a livello nazionale si registra la presenza di una persona di 65 anni ed oltre ogni cinque residenti e di poco più di una di 75 anni ed oltre ogni dieci residenti.

Tra gli anziani è aumentata, rispetto al precedente anno, la quota di *over 65* anni che vive in un nucleo monocomponente: per il 2010, si stima che il 28,1% degli anziani si trovano in questa condizione.

Infine, i dati evidenziano che nell'arco temporale 2004-2011 è aumentata la quota di popolazione con titoli di studio più elevati.

Sopravvivenza e mortalità per causa

Al 2011, la speranza di vita alla nascita è pari a 84,5 anni per le donne ed a 79,4 anni per gli uomini. Permane, quindi, l'andamento più favorevole per gli uomini negli ultimi anni. Infatti, il vantaggio femminile è sceso da 5,3 anni registrato nel 2007 a 5,1 anni nel 2011, continuando una tendenza iniziata nel 1979.

La PA di Bolzano è la più longeva, 80,5 anni per gli uomini e 85,8 per le donne, mentre è ancora la Campania la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa per entrambi i generi.

Il dato di mortalità riferito al 2009, rispecchiando quanto descritto per la sopravvivenza, conferma il trend visto negli ultimi anni: un sensibile miglioramento per gli uomini (il tasso standardizzato di mortalità scende di circa 2 punti percentuali passando da 111,85 del 2007 a 109,91 per 10.000 nel 2009) ed una situazione pressoché stabile per le donne rispetto a 2 anni prima (69,44 nel 2007 e 69,31 per 10.000 nel 2009).

Nel triennio 2007-2009 è continuata la riduzione dei rischi di morte per le malattie del sistema circolatorio, per i tumori e per le malattie dell'apparato digerente e del sistema respiratorio. Tale andamento si è osservato, per entrambi i generi, fino ai 74 anni, ma con un'intensità generalmente maggiore per gli uomini.

Oltre i 75 anni di età, l'evoluzione della mortalità nei due generi si differenzia e, per la prima volta, si osserva un lieve aumento dei tassi per le donne: +0,5% vs -0,8% degli uomini.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo

Le politiche antifumo adottate finora, attuate sia attraverso la divulgazione delle informazioni sui danni provocati dal fumo di tabacco che con l'introduzione della rimborsabilità delle prestazioni antitabagiche, hanno condotto ad una graduale diminuzione del numero di fumatori e dell'iniziazione al fumo. Tuttavia, nel 2011 ancora 2 italiani su 10 fumano e tra i ragazzi di 14-17 anni di età tale quota si attesta intorno al 9%.

La fascia di età maggiormente interessata risulta quella tra i 25-34 anni, in cui si concentra circa un terzo del campione (30,6%). Si registrano, inoltre, notevoli differenze di genere: gli uomini fumatori sono il 28,4% (con la percentuale massima, pari al 38,9%, nella fascia di età 25-34 anni), mentre le donne fumatrici sono il 16,6% (con la percentuale massima, pari al 23,3%, nella fascia di età 45-54 anni).

La distribuzione territoriale rimane piuttosto omogenea: si riscontra solo una maggiore prevalenza rispetto al dato nazionale nel Lazio (27,2%) ed in Abruzzo (24,0%), entrambe in aumento rispetto al 2009, ed una netta diminuzione in Valle d'Aosta (19,8% vs 16,3%) ed in Campania (26,1% vs 23,1%).

Alcol

Nel 2010, ci sono stati alcuni segnali positivi rispetto al consumo di alcol. Infatti, la quota di popolazione che non consuma alcol è pari al 32,7%, in aumento rispetto agli ultimi anni. In particolare, l'aumento rispetto al 2008 è statisticamente significativo, sia a livello nazionale (+3,3 punti percentuali) che in molte realtà locali, soprattutto in alcune regioni del Centro quali Umbria (+7,7), Marche (+6,5) ed Emilia-Romagna (+5,7).

Per quanto riguarda i consumatori a rischio alcol correlato la prevalenza, nel 2010, è pari al 25,4% per gli uomini ed al 7,3% per le donne, senza differenze statisticamente significative rispetto agli ultimi 4 anni.

Un fenomeno emergente negli ultimi anni nel nostro Paese è rappresentato dall'avvio precoce al consumo di alcol e dal *binge drinking* e dal consumo di alcol fuori pasto.

In particolare, il dato che desta maggiori preoccupazioni è quello relativo al progressivo e costante abbassamento dell'età media di avvio all'uso dell'alcol (11-12 anni, la più bassa in Europa) ed il riscontro di oltre 300 mila minori di 11-15 anni di età che usano l'alcol secondo modalità rischiose e dannose.

Alimentazione

Le Linee Guida internazionali per una sana alimentazione assegnano un ruolo centrale al consumo di ortaggi e frutta al quale si riconosce una forte associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari. Pertanto, le indicazioni internazionali promuovono il consumo giornaliero di verdura, ortaggi e frutta, in particolare individuano, come obiettivo delle politiche nutrizionali, il consumo giornaliero di almeno 5 porzioni di questi alimenti.

Rispetto a tale obiettivo si osserva che, nel 2011, la percentuale di persone di 3 anni e più che consuma almeno 5 porzioni di questi alimenti si attesta al 4,9%, in leggero decremento dal 2008.

Sovrappeso ed obesità

In Italia, nel 2011, si osserva che più di un terzo della popolazione adulta (35,8%) è in sovrappeso, mentre 1 persona su 10 è obesa (10,0%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale. Considerevoli risultano le differenze territoriali e si riconferma il gradiente Nord-Sud segnalato in passato.

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: dalla fascia di età 18-24 anni a quella 65-74 anni il sovrappeso passa dal 15,7% ad oltre il 45,0%, mentre l'obesità dal 2,5% al 15,5%. Nelle persone di età ≥ 75 anni il valore diminuisce lievemente (sovrappeso 42,3%; obesità 13,0%). L'eccesso ponderale è più diffuso tra gli uomini, che risultano in sovrappeso per il 45,5% rispetto al 26,8% delle donne ed obesi per il 10,7% rispetto al 9,4% delle donne.

Attività fisica

La quota di popolazione che, nel 2011, pratica con continuità sport ed attività fisica si attesta al 21,9% della popolazione di età ≥ 3 anni, il 10,2% lo pratica in modo saltuario, mentre i sedentari, che non svolgono né uno sport né un'attività fisica, rappresentano il 39,8%. La differenza tra i generi è notevole: tra gli uomini il 26,0% pratica sport con continuità ed il 12,6% saltuariamente, mentre fra le donne le percentuali sono, rispettivamente, del 18,0% e del 7,9%. Tra le donne si registra anche una quota maggiore di soggetti sedentari (44,4% vs 35,0%).

L'analisi dei dati mostra un gradiente Nord-Sud con livelli più elevati e continui di svolgimento di attività fisica nella PA di Bolzano (37,9%) ed in Valle d'Aosta (29,3%) e livelli più bassi in Campania (13,1%) e Puglia (13,6%). Da evidenziare che in Sicilia (57,0%) ed in Puglia (57,2%) oltre la metà delle persone dichiara di non praticare nessuno sport.

Copertura vaccinale popolazione infantile

Nel periodo 2000-2011 risultano aumentate le coperture relative a tutte le vaccinazioni previste in età pediatrica per il nostro Paese. Le coperture delle vaccinazioni previste dal calendario nazionale per il primo anno di vita, sia obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) che raccomandate (pertosse e *Haemophilus influenzae* di tipo b), sono mediamente superiori al 95% e sono uniformemente distribuite su tutto il territorio, con un valore nazionale pari al 96% che si allinea ai dati raccolti negli anni precedenti.

Screening oncologici

Nel 2010, i dati relativi alla diffusione degli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto mostrano che l'estensione teorica (o nominale), cioè la proporzione di donne residenti in un'area dove è attivo un programma di screening si colloca, rispettivamente, per lo screening mammografico intorno al 92% e per lo screening per il cervicocarcinoma uterino intorno all'80%.

Per lo screening del tumore del colon-retto, la stessa proporzione riferita, però, ad entrambi i generi, si colloca intorno al 66%.

L'estensione effettiva, ovvero la proporzione di donne realmente oggetto dell'invito, si attesta al 69% per lo screening mammografico, al 68% per lo screening del cervicocarcinoma ed al 51% per il colon-retto. Rispetto all'anno precedente, si apprezza una lieve flessione nei dati dello screening mammografico, mentre è presente un lieve incremento nell'estensione dello screening per il cervicocarcinoma ed un incremento più marcato per lo screening del tumore del colon-retto.

Incidenti

Nel 2011, sulla base di una stima preliminare, si sono verificati 205 mila incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero delle vittime è pari a 3.800, mentre i feriti ammontano a 292 mila. Rispetto al dato 2010, si riscontra un calo del numero degli incidenti con lesioni a persone (-3,0%) e dei feriti (-3,5%) ed una riduzione ancora più consistente del numero dei morti (-7,1%). L'indice di mortalità (ovvero il rapporto tra numero dei morti e numero degli incidenti con lesioni per 100) è pari, nel 2011, a 1,85%, in lieve diminuzione rispetto al valore registrato nel 2010 (1,93%). Rispetto all'obiettivo fissato dall'Unione Europea (UE) nel Libro Bianco del 2001,

che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010, l'Italia ha raggiunto una diminuzione del 42,4% del numero dei morti, valore in linea con la media europea (UE-27), pari al -42,8%.

Ambiente

I rifiuti solidi urbani rappresentano uno degli indicatori di maggiore pressione, non solo in termini ambientali, ma anche in termini sociali e sanitari. La raccolta differenziata, nel 2010, ha raggiunto, a livello nazionale, una percentuale pari al 35,3% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani; nel 2009, era stata rilevata una percentuale del 33,6% con un incremento, tra il 2009-2010, in valore assoluto corrispondente a circa 676 mila tonnellate.

A livello territoriale, le maggiori percentuali di raccolta differenziata si rilevano, per l'anno 2010, in alcune regioni del Nord quali la PA di Trento (60,8%) ed il Veneto (58,7%). Tuttavia, tra le regioni del Nord, quella che mostra il progresso più consistente è l'Emilia-Romagna (+2,1 punti percentuali) il cui tasso di raccolta differenziata arriva a sfiorare il 47,7% (a fronte del 45,6% del 2009); per quanto riguarda il Centro, le Marche mostrano un tasso di raccolta differenziata pari al 39,2% e fanno registrare anche il primato nazionale d'incremento nell'ultimo anno di rilevazione (+9,5 punti percentuali).

Un ulteriore consistente progresso si registra per la Sardegna (+2,4 punti percentuali) che si conferma la regione più virtuosa del Sud, il cui tasso di raccolta, pari al 42,5% nel 2009, si attesta, nel 2010, al 44,9%.

Tra il 2009-2010, la crescita più rilevante tra le regioni del Mezzogiorno si rileva in Abruzzo (+4,1 punti percentuali) la cui percentuale di raccolta differenziata si attesta, nell'ultimo anno considerato, al 28,1% (24,0% nel 2009). I dati evidenziano che solo le PA di Trento e Bolzano, il Veneto ed il Piemonte raggiungono pienamente l'obiettivo del 50% di raccolta differenziata fissato dalla normativa per il 2009.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità.

Per le malattie ischemiche del cuore, il primo dato evidente è che i tassi di ospedalizzazione negli uomini continuano ad essere, nel 2010, come negli anni precedenti, più del doppio di quelli delle donne (362,7 per 100.000 uomini vs 144,6 per 100.000 donne).

I tassi più elevati di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore si registrano nelle regioni del Mezzogiorno, in particolare in Campania, sia per gli uomini che per le donne (rispettivamente, 1.301,6 e 468,6 per 100.000). Un dato incoraggiante è che, tra il 2009 ed il 2010, si conferma la diminuzione, già osservata negli anni precedenti, dei tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore.

Anche per le malattie cerebrovascolari, nel biennio 2009-2010, negli uomini il tasso di ospedalizzazione risulta quasi del 38% superiore a quello delle donne. Nel 2010, l'ospedalizzazione è particolarmente elevata in Campania e nella PA di Bolzano, sia per gli uomini (820,8 e 817,7 per 100.000, rispettivamente) che per le donne (621,4 e 677,9 per 100.000, rispettivamente).

Nel nostro Paese, nel 2009, la mortalità per le malattie ischemiche si attesta a 14,07 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,79 decessi (per 10.000) fra le donne, entrambi in diminuzione rispetto al 2008. A livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania per entrambi i generi (uomini 17,13 per 10.000; donne 10,43 per 10.000).

Malattie metaboliche

Il diabete mellito è tra le patologie croniche più diffuse al mondo; di strettissima attualità per l'aumento della prevalenza, evidenziato negli ultimi anni, costituisce uno dei maggiori problemi di salute per la popolazione impegnando cospicue risorse sia sul piano economico che organizzativo.

Circa il 4,9% dei cittadini è diabetico, molti dei quali vengono assistiti nelle strutture ospedaliere; molti di questi ricoveri possono essere annoverati tra quelli potenzialmente inappropriati.

I dati del 2010 confermano che le regioni del Centro-Nord, rispetto a quelle del Sud e delle Isole, presentano tassi di dimissione significativamente più bassi del valore nazionale per entrambe le tipologie di ricovero. Inoltre, i tassi per gli uomini sono maggiori rispetto alle donne, con un rapporto nazionale pari a circa 1,5. Le differenze regionali potrebbero spiegarsi anche con il diverso ricorso al Day Hospital che, in alcune realtà regionali, viene utilizzato in alternativa alle visite ambulatoriali. Dal 2005 ad oggi, si conferma la costante diminuzione del tasso medio di dimissione per tutti i regimi di ricovero e per l'intero territorio, che passa dal 92,21 del 2005 al 77,00 per 10.000 del 2010. Tale tendenza, in attesa di trovare conferma in un più lungo periodo di osservazione, può essere valutata come prova indiretta di un complessivo miglioramento della qualità delle cure territoriali.

Malattie infettive

La situazione italiana riguardo l'andamento delle malattie infettive è rimasta pressoché invariata alla luce

dei dati disponibili dello scorso anno: si segnala una persistenza con tendenza all'aumento delle malattie a trasmissione sessuale, quali la sifilide e la gonorrea, mentre le infezioni da Human Immunodeficiency Virus (HIV) presentano una sostanziale stabilizzazione nel numero di nuove infezioni che presentano una modalità di trasmissione eterosessuale nella maggior parte dei casi. Le malattie prevenibili con la vaccinazione, ad eccezione di alcune, quali il morbillo, presentano una tendenza alla riduzione, così come le infezioni e le tossinfezioni alimentari, con l'eccezione della listeriosi e delle diarree infettive. Alcune meningiti batteriche (da pneumococco e da meningococco) mostrano una tendenza alla persistenza o all'aumento. È da segnalare, infine, la persistenza della tubercolosi soprattutto negli adulti immigrati ed in presenza di coinfezione da HIV.

Tumori

Si stima che, nel 2012, in Italia, verranno diagnosticati circa 364 mila nuovi casi di tumore maligno, di cui circa il 56% negli uomini e circa il 44% nelle donne. Il tumore più frequente risulta essere quello del colon-retto, con oltre 50.000 nuovi casi stimati per il 2012, seguito dal tumore della mammella con circa 46.000 nuovi casi e dal tumore del polmone e della prostata.

Tra gli uomini, prevale il tumore della prostata, seguito dal tumore del colon-retto, del polmone, della vescica e dello stomaco. Tra le donne, il tumore della mammella è il più frequente, rappresentando il 29% di tutti i tumori, seguito dai tumori del colon-retto, del polmone e del collo dell'utero.

Si stima, inoltre, che nel 2012, in Italia, i decessi causati da tumore saranno circa 175 mila (99.000 fra gli uomini e 76.000 fra le donne). I tumori sono la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi) dopo le malattie cardiovascolari (38% di tutti i decessi).

Tra i tumori più importanti, come causa di morte per gli uomini, il carcinoma del polmone risulta la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età, rappresentando il 15% dei decessi tra i giovani (0-49 anni), il 31% tra gli adulti ed il 26% tra gli ultra 70enni. Tra le donne, il tumore della mammella si colloca al primo posto in tutte le fasce di età e rappresenta il 28% dei decessi tra le giovani, il 21% tra le adulte ed il 14% tra le donne ultra 70enni.

Circa 2 milioni e 250 mila persone convivono con una patologia tumorale diagnosticata, delle quali il 56% sono donne.

Salute e disabilità

La stima delle persone con disabilità, nel 2010, nel nostro Paese è di circa 2 milioni e 900 mila unità con un divario crescente a sfavore delle regioni del Mezzogiorno.

In Italia, il principale strumento di supporto alle persone con disabilità ed alle loro famiglie è rappresentato dalla rete di assistenza fornita da altri componenti della famiglia o da amici e conoscenti. Sono, infatti, il 21,5% le famiglie che ricevono questo tipo di supporto. Purtroppo, le dinamiche demografiche in corso indicano che la struttura delle famiglie tende a disgregarsi a causa della diminuzione dei matrimoni e della fecondità. Pertanto, gli anziani vivono, molto più spesso che in passato, soli o con un altro coniuge anziano e senza il supporto dei figli. Questa preoccupazione è confermata dai dati che, rispetto al 2003, evidenziano che le famiglie che ricevono aiuti informali sono diminuite di quasi 10 punti percentuali. Anche gli aiuti forniti dalla rete formale, sia essa di tipo pubblico o privato, sono diminuiti: solo il 13,1% ed il 12,0% delle famiglie con almeno un componente con disabilità riceve, rispettivamente, un aiuto dalla rete formale di tipo privato e da quella di tipo pubblico rispetto a circa il 15,3% registrato, per entrambi gli aiuti, nel 2003.

Un ruolo rilevante per gli aiuti alle famiglie con disabili è svolto dal sistema di *welfare* locale. Nel 2009, la spesa dei Comuni e degli Enti associativi per l'assistenza sociale ammontava a 7 miliardi di euro. Rispetto all'anno precedente le risorse impegnate mostrano un aumento del 5,1%, con una spesa pro capite di 117€ l'anno per gli anziani e di 2.691€ l'anno per le persone con disabilità. Rilevanti sono i divari territoriali. Infatti, nel Nord-Est la spesa sociale supera i 5.000€, mentre nel Meridione è di poco superiore ai 600€.

Salute mentale e dipendenze

Il numero di ricoveri per disturbi psichici continua a ridursi e, nel 2010, è arrivato a 41,45 (per 10.000) tra gli uomini e 40,24 (per 10.000) tra le donne. Nel 2003, questi valori erano più alti, rispettivamente, del 14,4% e del 12,7%. Questo fenomeno presenta differenze territoriali che non accennano a diminuire e le regioni che, nel 2010, mostrano i tassi di ricovero più elevati sono la Liguria (oltre il 60 per 10.000 sia negli uomini che nelle donne), la Sicilia e la Valle d'Aosta. Al contrario, il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria e la Campania continuano a mostrare tassi standardizzati di ospedalizzazione nettamente più bassi rispetto al dato nazionale.

Il tasso nazionale standardizzato di dimissioni ospedaliere per patologie alcol correlate, nel 2010, resta sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente (7,4 per 10.000 abitanti).

I tassi più elevati si registrano nella popolazione maschile di Basilicata, Molise e Sardegna per il

Meridione e Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e PA di Trento per il Nord, che si assestano su valori di almeno un terzo superiori al dato nazionale.

Nel 2011, il dato relativo ai farmaci antipsicotici presenta un trend in diminuzione negli ultimi 10 anni, attestandosi ad un livello di consumo pari a 2,5 DDD per 1.000 abitanti.

Il volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi mostra, invece, un continuo aumento negli ultimi 10 anni, attestandosi a 36,1 DDD (per 1.000).

Nel biennio 2008-2009, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,43 (per 100.000 residenti) di 15 anni ed oltre, corrispondente ad un tasso standardizzato di 7,23 (per 100.000). Nel 77% dei casi il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 12,05 (per 100.000) negli uomini ed a 3,12 (per 100.000) nelle donne. L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord.

Salute materno-infantile

Una qualità di buon livello delle cure perinatali presume che una bassa percentuale di parti avvenga in strutture con meno di 500 eventi nascita all'anno. Nel 2010, questa quota risulta pari a 7,4% (in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente), mentre il 68,2% avviene in strutture che presentano oltre 1.000 parti all'anno.

Il ricorso al Taglio Cesareo (TC) si conferma molto elevato (38,7%, nel 2010, contro la quota del 15% raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS) seppur in lieve diminuzione rispetto al 2009. La quota di TC primari è pari a circa il 24% con una variabilità territoriale che mostra valori più elevati nel Meridione.

Dai dati del Ministero della Salute risulta che, nel 2010, il 23,5% dei punti nascita presentano una Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale. Il 18% di queste si trova in strutture che hanno meno di 1.000 parti l'anno, evidenziando uno scostamento dagli standard qualitativi suggeriti, ossia un impiego non appropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.

Salute degli immigrati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per genere ed anno di nascita" emerge che, al 31 dicembre 2010, gli stranieri residenti in Italia superano i 4,5 milioni di unità e rappresentano il 7,5% della popolazione residente. L'incidenza della presenza straniera è un fenomeno fortemente diversificato a livello territoriale. In particolare, la quota di cittadini stranieri residenti è particolarmente marcata in molte regioni del Centro-Nord.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri, sia considerando i nati con un solo genitore straniero che quelli con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Quest'ultimo indicatore, che nel 1999 era pari a 5,4%, si attesta, nel 2011, a oltre 17 nascite ogni 100 avvenute in Italia.

Dal punto di vista delle condizioni di salute i dati testimoniano che, tra il 1992 ed il 2009, sono stati diagnosticati, in Italia, 48.550 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 4.800 hanno riguardato cittadini provenienti da Paesi esteri. Il trend dell'incidenza dei nuovi casi di AIDS osservato tra gli stranieri, a partire dal 1995, è sostanzialmente stabile e si attesta a circa 200 casi l'anno.

Negli ultimi 10 anni, il numero di casi di Tubercolosi (TBC) in persone di nazionalità straniera è aumentato in modo significativo, parallelamente al loro incremento nella popolazione: dal 2003 al 2009, il numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passato dal 37% al 48% del totale dei casi notificati dalle regioni.

Nel 2009, delle 114.793 Interruzioni Volontarie di Gravidanza rilevate a livello nazionale, 38.806 (pari al 33,8%) hanno riguardato cittadine straniere e 43.194 donne nate all'estero (38,0%). L'andamento, in entrambi i casi, è stabile a partire dal 2006.

I ricoveri effettuati da cittadini stranieri ammontano, nel 2010, a circa 560 mila e rappresentano il 5% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese. La quasi totalità di questi ricoveri (93%) riguarda cittadini provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Nel 2009, si sono verificati 5.496 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui ben 4.175 provengono dai PFPM.

Per gli stranieri provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato, si rileva che le Cause esterne di morbosità e mortalità ed i Tumori rappresentano le prime cause di morte nella fascia di età 18-64 anni.

Anche per gli stranieri provenienti dai PFPM le cause di morte più frequenti sono Tumori (3,21 per 10.000), Cause esterne di morbosità e mortalità (2,26 per 10.000) e Malattie del Sistema Circolatorio (1,98 per 10.000), ma con livelli dei tassi standardizzati più alti a svantaggio del genere maschile.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario

Gli aspetti legati agli equilibri economico-finanziari rivestono una particolare rilevanza visto l'impatto che essi hanno sulle scelte di politica sanitaria ed i comportamenti aziendali, costringendo i decisori pubblici a focalizzare l'attenzione sulla ricerca di risparmi e razionalizzazioni, anche a scapito delle iniziative di sviluppo ed innovazione.

I dati disponibili paiono testimoniare una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa: anche il 2011, come già il 2010, si è caratterizzato per una crescita molto contenuta della spesa sanitaria pubblica (+0,1% a parità di criteri di contabilizzazione), che mantiene l'Italia al di sotto della media dell'Unione Europea (UE-15) sia in termini pro capite che in rapporto al PIL; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori nazionali (nel 2011, circa 29€ pro capite, pari all'1,6% del finanziamento complessivo).

Nel 2011, la distribuzione della spesa pro capite fra le regioni conferma le stesse caratteristiche del 2010: le regioni del Nord, con l'eccezione del Veneto e della Lombardia (per il solo 2010), mettono a disposizione un ammontare di risorse superiore rispetto alle regioni meridionali ed anche a quello nazionale; nelle regioni del Centro si assiste ad una maggiore dispersione dei valori, con una connotazione costante nel biennio: Lazio e Toscana hanno valori superiori al dato nazionale, mentre Marche ed Umbria inferiore. In valori assoluti, la spesa per cittadino presenta un valore nazionale di 1.851€ ed oscilla da un minimo, registrato in Calabria, di 1.704€ ad un massimo di 2.256€ nella PA di Bolzano con un *gap* di poco più di 550€. Al netto della mobilità, la spesa, nel 2011, si presenta disomogenea, ma senza un gradiente Nord-Sud; in particolare, oscilla fra 1.759€ in Campania e 2.327€ in Valle d'Aosta, con un *gap* di circa 570€.

Il disavanzo sanitario nazionale, nel 2011, ammonta a circa 1.779 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2010 (2.206 miliardi di euro) ed a conferma del trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5.790 miliardi di euro) raggiunto nel 2004. Le regioni del Centro-Nord presentano tutte un risultato positivo, con la sola eccezione della Liguria; va, peraltro, rilevato come alcune (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) abbiano conseguito tale obiettivo ricorrendo anche ad entrate aggiuntive poste a carico del bilancio regionale, mentre altre (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento e Bolzano) beneficiano di particolari regole di finanziamento. Specularmente, le regioni del Centro-Sud sono tutte in disavanzo, con la sola eccezione dell'Abruzzo, sebbene molte di loro, negli ultimi anni, abbiano significativamente ridotto le proprie perdite.

Assetto istituzionale-organizzativo

L'analisi dei due principali fattori della produzione di SSR, risorse umane e tecnologiche, mette in evidenza una tendenza alla diminuzione delle risorse di personale e la necessità di favorire un riequilibrio territoriale nella disponibilità di apparecchiature, in particolare di quelle più innovative.

Il dato relativo alla spesa per il personale dipendente evidenzia che, nel quadriennio 2007-2010, la spesa pro capite a livello nazionale è cresciuta, in termini nominali, di circa il 6% passando da 571,6€ a 606,9€.

Questa tendenza all'aumento della spesa per il personale si registra in maniera più o meno accentuata in tutte le regioni, ad eccezione di Lazio, Molise, Campania, Calabria e PA di Bolzano. La motivazione di tali incrementi è legata ai rinnovi contrattuali, in particolare nel 2010 si sconta l'incidenza sull'esercizio degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dirigente e l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale del personale non dirigente. Riguardo alla dotazione di personale del SSN si riscontra una chiara tendenza alla diminuzione, come testimonia il dato sul *turnover*. Infatti, dal 2007 al 2010, il rapporto tra entrate e uscite scende dall'89% all'82%. Le regioni che hanno sperimentato il tasso di compensazione più basso sono quelle del Sud (nel 2010 Calabria e Campania 30%), a causa, principalmente, degli effetti derivanti dai Piani di Rientro.

Dal punto di vista della dotazione di apparecchiature (Tomografia Assiale Computerizzata-TAC; Tomografia a Risonanza Magnetica-TRM e Tomografia ad Emissione di Positroni-PET), nel panorama internazionale l'Italia si posiziona tra i primi posti del *ranking*, con 21,2 apparecchiature per ogni milione di abitanti. Sul piano della composizione per tipologia, tra il 2006 ed il 2009, i dati evidenziano un importante aumento del peso relativo delle apparecchiature TRM, anche se permane una maggiore diffusione della TAC rispetto alla TRM a livello nazionale ed, in particolare, nelle regioni del Centro-Sud. Importante, infine, è rilevare che alcune regioni non dispongono di apparecchiature PET e che, in generale, la dotazione di questa tecnologia più innovativa è piuttosto carente.

Assistenza territoriale

Questo livello di assistenza ricopre un ruolo decisivo nell'ambito dell'organizzazione del SSN, in quanto è deputato all'attività di prevenzione e trattamento delle patologie croniche degenerative e assicura il processo di integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale che rappresenta un'attività di particolare rilievo per le per-

sone con disabilità e gli anziani non autosufficienti.

A livello nazionale, nel corso del 2010, sono stati assistiti complessivamente al proprio domicilio 597.151 pazienti, globalmente, l'84% dei quali sono soggetti anziani. Il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 990 casi (per 100.000), con un incremento dell'11,7% rispetto al 2009. Permane, dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale. Si passa, infatti, da un valore di 1.305 (per 100.000) delle regioni settentrionali ad un tasso di 987 (per 100.000) e 547 (per 100.000), rispettivamente del Centro e del Sud (in aumento rispetto all'anno precedente).

Stabile, negli ultimi anni, l'offerta di strutture residenziali di tipo socio-sanitario, in particolare quella rivolta agli anziani ed alle persone con disabilità. Nel 2010, i posti letto disponibili in queste strutture sono pari a 567,8 (per 100.000 abitanti), con notevoli differenziali regionali. Si passa, infatti, da 1.532 della Valle d'Aosta a 180 (per 100.000) della Campania. Gli ospiti anziani e disabili dei presidi residenziali sono, complessivamente, 333.091. Gli anziani rappresentano circa l'84% del totale degli ospiti considerati e sono, nella maggior parte dei casi, non autosufficienti. A livello nazionale, si stimano 1.727,8 anziani non autosufficienti istituzionalizzati (per 100.000 anziani).

Nel nostro Paese, l'assistenza territoriale svolge un ruolo centrale, soprattutto nel prevenire alcune patologie gravi come il diabete, malattie respiratorie, insufficienza cardiaca, asma e gastroenterite in età pediatrica. Indicatore indiretto dell'efficacia dell'assistenza territoriale è rappresentato dall'ospedalizzazione evitabile per queste patologie, in generale dai confronti regionali si può evincere che esistono alcuni differenziali regionali per alcune patologie, mentre per altre si nota una certa eterogeneità tra le regioni.

Le analisi svolte, per l'anno 2010, evidenziano che, a parità di altri fattori confondenti, il *ranking* migliore per quanto riguarda l'efficacia dell'attività di prevenzione per le Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito è detenuto dalle Marche, il peggiore dalla Puglia; per quanto riguarda la prevenzione delle complicanze della BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva la maggiore efficacia si riscontra in Trentino-Alto Adige, la peggiore in Calabria; la regione che ottiene risultati migliori per la prevenzione dell'insufficienza cardiaca è la Sardegna, fanalino di coda per questa patologia è la Calabria; il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per Asma in età pediatrica evidenzia che nel medio periodo la Lombardia, la Liguria, la Campania, la Puglia e la Sicilia presentano un valore significativamente più alto di quello nazionale, mentre Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano e Veneto mostrano tassi medi annui significativamente inferiori rispetto al dato nazionale; infine, la gastroenterite, che è una malattia comune nei bambini, presenta un tasso di ospedalizzazione evitabile pari a 3,96 (per 1.000 bambini 0-17 anni): a livello regionale i valori più alti si riscontrano nella PA di Bolzano, Umbria, Abruzzo e Campania, mentre le regioni più virtuose sono il Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento e Veneto.

Assistenza farmaceutica territoriale

Nel 2011, il consumo farmaceutico territoriale di classe A-SSN, pesato per età, è in leggero aumento rispetto all'anno precedente (+1,2%); sono state prescritte 963 dosi di farmaco al giorno per 1.000 abitanti (nel 2001 erano 674) e nelle farmacie pubbliche e private sono state erogate, complessivamente, circa 1,8 miliardi di confezioni (in media, 30 confezioni per ogni cittadino).

I consumi maggiori si riscontrano nelle regioni del Centro-Sud. Gli incrementi maggiori, rispetto al 2010, si rilevano in Lombardia (+3,1%), Umbria (+3,1%) e Marche (+2,8%), mentre la Campania e la Puglia, pur mantenendo un consumo tra i più elevati, sono le uniche regioni che sperimentano un decremento (rispettivamente -3,4% e -2,4%).

In termini di valore, nel 2011, la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN (comprensiva degli sconti obbligatori di legge e della quota per compartecipazione, incluso il ticket) è diminuita del 5,0% rispetto al 2010 e del 2,7% rispetto al 2001.

La compartecipazione richiesta ai cittadini alla spesa è stata pari a 1.337 milioni di euro, con un aumento, rispetto al 2010, del 34%, pari a 22,1€ pro capite e con un'incidenza sulla spesa farmaceutica lorda pari a 10,8%, il valore più elevato di tutto il periodo 2003-2011.

Alla diminuzione della spesa osservata negli ultimi tempi concorre, sicuramente, l'aumento delle prescrizioni di farmaci con brevetto scaduto. Infatti, il consumo di questi farmaci è cresciuto dal 14,0% del 2002 al 55,7% nel 2011 e la quota sul totale della spesa farmaceutica è passata dal 7,0% al 32,2%.

Un problema che si sta diffondendo negli ultimi decenni è legato al numero crescente di popolazioni batteriche resistenti agli antibiotici. Per contrastare questa tendenza, l'OMS raccomanda, la riduzione dei consumi di questi farmaci. I consumi di antibiotici sono aumentati, costantemente, nel periodo 2001-2009, mentre a partire dall'anno 2010 il trend dei consumi comincia a mostrare una inversione di tendenza. Nel 2011, i consumi nazionali registrano un calo, rispetto all'anno 2010, del 2,2%; a sua volta, nel 2010, si era osservato, rispetto al 2009, una riduzione del 7,0%. Analogamente agli anni precedenti, si osserva un'ampia variabilità regionale nella pre-

scrizione di antibiotici, caratterizzata da un gradiente Nord-Sud. Importante anche il monitoraggio del consumo ospedaliero degli antibiotici per i suoi riflessi sugli *outcome* e sui rischi di salute pubblica. Nel 2010, il valore nazionale del consumo di farmaci antibiotici in ambito ospedaliero è pari a 6.396 DDD/1.000 ricoveri in regime ordinario.

Assistenza ospedaliera

L'ospedale rappresenta il fulcro del nostro sistema di cura ed è deputato ad assicurare le attività di assistenza per quelle patologie acute ad elevato contenuto clinico-assistenziale.

I dati presentati per questo importante settore testimoniano un generale progresso ed una sempre più diffusa attenzione ai temi dell'efficienza, dell'appropriatezza e della continua qualificazione dei sistemi ospedalieri regionali.

I dati del 2010, confermano la costante riduzione del tasso di dimissioni ospedaliere (TD) e, parallelamente, delle giornate di degenza. Il tasso complessivo del livello nazionale (172,4 per 1.000) è già inferiore allo standard di 180 ricoveri per 1.000 abitanti fissato dalla precedente programmazione. Tale diminuzione è dovuta, quasi esclusivamente, alla componente dei ricoveri in regime ordinario.

L'analisi delle dimissioni per tipologia di attività conferma una sostanziale stabilità dei ricoveri di Riabilitazione e di Lungodegenza (TD pari, rispettivamente, a 4,5 e 1,6 ricoveri per 1.000 abitanti). La distribuzione per età dei dimessi mostra che i TD più alti si rilevano nelle fasce di età "estreme" (<1 anno e >75 anni) dove si registrano, specie nelle regioni del Sud, variazioni regionali molto ampie.

La quota di pazienti con DRG chirurgico si mantiene alta, sui valori dello scorso anno (41,6% del totale dei dimessi e, rispettivamente, 39,8% e 46,0% dei dimessi in regime ordinario e diurno), malgrado un consistente passaggio di attività chirurgiche poco complesse in regime ambulatoriale. Tale fenomeno, rilevato da anni anche a livello internazionale, testimonia una qualificazione ed un aumento di complessità delle attività ospedaliere. I TD per i DRG medici (58,4% dei dimessi) continuano a mostrare una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale, sia per i ricoveri ordinari che per la componente diurna. Per i ricoveri chirurgici la variabilità regionale del TD, seppure esistente, risulta di entità molto più modesta.

La degenza media preoperatoria, indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici, risulta sostanzialmente stabile, rispetto al 2009, con un valore nazionale pari a 1,88 giorni. Anche per questo indicatore persistono significative differenze regionali con un evidente gradiente tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali.

Per gli indicatori di appropriatezza organizzativa si rileva che, nel 2010, il valore nazionale della proporzione di dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici è pari al 33,3%. L'analisi temporale degli ultimi 3 anni dimostra un trend in diminuzione che ha interessato la gran maggioranza delle regioni.

Il valore nazionale dell'indicatore di appropriatezza clinica ed organizzativa relativo alla percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero è leggermente migliorato, passando dal 33,6% del 2009 al 35,1% del 2010. Il risultato è, comunque, in assoluto molto basso rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura.

Trapianti

Nel 2011, il numero complessivo dei donatori è stato 1.113, con una crescita totale rispetto all'anno precedente dell'1,64%. Il trend in crescita si è stabilizzato nel secondo semestre dell'anno. Dal confronto dei dati 2010-2011, emerge un incremento diffuso del tasso di donazione, in particolare nelle regioni del Centro-Sud.

Nell'anno in esame, rispetto al numero registrato degli accertamenti di morte con standard neurologici, le opposizioni sono state il 28,7%, in forte diminuzione rispetto al 2010 (-2,9%). Nel secondo semestre dell'anno 2011 la percentuale di opposizione è scesa ulteriormente (25,8%). Il totale dei pazienti in lista di attesa è stato pari a 8.783, con una diminuzione significativa (-7,44%). Un dato da evidenziare nel 2011 è stato l'aumento del 13,4% dei trapianti di rene da vivente.

Mortalità evitabile

Grande interesse riscuote, per le valutazioni di un SSN, l'indicatore sulla mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari (decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive o come morti attribuibili a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci). I risultati delle analisi su questo indicatore, tra il 2006 ed il 2009, mostrano che si è assistito ad una lieve riduzione del tasso: si è passati, difatti, dal 63,86 (per 100.000) del 2006 al 61,69 (per 100.000) del 2009. I confronti regionali evidenziano che tassi di mortalità evitabile inferiore al valore nazionale, si riscontrano in Lombardia, PA di Trento, PA di Bolzano e Veneto, mentre la peggiore *performance* si verifica in Calabria, Campania e Sicilia.

Valutazione di alcune dimensioni della *performance* sanitaria

Il Rapporto Osservasalute per la prima volta, alla sua decima edizione, intende offrire alcuni spunti di riflessione ai decisori pubblici ed ai cittadini attraverso un esercizio finalizzato alla valutazione di alcune dimensioni della *performance* del SSN. Le dimensioni sulle quali ha concentrato l'attenzione sono quelle legate all'efficienza, economica ed organizzativa, all'efficacia, in termini di rispondenza agli obiettivi che perseguono, ed alla qualità per il cittadino, intesa come accessibilità e soddisfazione, che il sistema sanitario assicura alla popolazione. Il contributo offerto dal presente lavoro non ha la pretesa di essere esaustivo nella misura della *performance* del sistema. Pertanto, i risultati delle analisi vanno letti con riferimento alle componenti prese in considerazione con gli indicatori e tenendo presente alcuni *caveat* segnalati nel Rapporto.

Le analisi sulla *performance*, effettuate considerando le singole dimensioni separatamente, confermano i tradizionali differenziali territoriali che si muovono, prevalentemente, lungo la direzione Nord-Sud del Paese e che vedono il Centro-Nord più virtuoso del Mezzogiorno.

Riguardo la dimensione legata all'efficienza, le regioni più oculate nella gestione dei bilanci sono la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, l'Emilia-Romagna, l'Umbria e l'Abruzzo. Tra le regioni del Centro-Nord, che non fanno parte del novero delle virtuose, troviamo la Liguria, il Lazio, le Marche ed il Piemonte, caratterizzate da livelli di efficienza bassi o medio-bassi.

I livelli più alti di appropriatezza si osservano, prevalentemente, nelle regioni del Nord, in particolare in Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Liguria. A questo gruppo appartiene anche la regione Marche. Fanalino di coda della graduatoria sono le regioni del Mezzogiorno alle quali si accomunano, con un livello di appropriatezza medio-basso, anche Emilia-Romagna, Umbria e Lazio.

Le regioni eccellenti rispetto alla dimensione dell'efficacia sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Trento, la Liguria e la Toscana; con valore dell'indicatore medio-alto troviamo, oltre ad altre regioni del Centro-Nord, anche la Basilicata. Il resto delle regioni del Mezzogiorno si colloca agli ultimi posti della graduatoria, in compagnia della PA di Bolzano, Lombardia e Friuli Venezia Giulia che sono le uniche regioni del Nord a collocarsi ad un livello medio-basso.

Le regioni con il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema più elevato sono la PA di Bolzano, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e le Marche; al contrario, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, la Campania e l'Umbria si collocano nella parte più bassa della graduatoria. Al tradizionale gradiente Nord-Sud fanno eccezione la Sardegna, che si posiziona ad un livello medio-alto, mentre per il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana si riscontrano livelli medio-bassi di accessibilità e soddisfazione.

Interessanti i risultati ottenuti confrontando i livelli di efficienza con quelli di efficacia, o con quelli di accessibilità e soddisfazione. Si tratta di valutazioni utili per analizzare i *trade-off* dell'efficienza, cioè quali conseguenze sulla qualità del sistema può avere il controllo della spesa. I risultati evidenziano che, spesso, la ricerca di efficienza ha un risvolto negativo in termini di efficacia, accessibilità e soddisfazione, mentre presenta maggiori analogie con la ricerca dell'appropriatezza.

Alcune Raccomandazioni di Osservasalute

Il Rapporto Osservasalute testimonia, come troppo spesso accade nel nostro Paese, che le principali note negative si riferiscono ai differenziali territoriali che persistono e si manifestano con chiarezza, penalizzando soprattutto le regioni del Mezzogiorno, e che faticano ad attenuarsi. L'analisi della *performance* del SSN conferma, con rare eccezioni, lo svantaggio del Mezzogiorno rispetto a tutte le dimensioni della *performance* considerate (efficienza, efficacia, appropriatezza, accessibilità e soddisfazione).

Il quadro economico in cui si trova l'Italia costringe il settore sanitario a forti sacrifici che si concretizzano con tagli di spesa e di attività. Alcuni segnali allarmanti provengono dalle analisi della *performance* sanitaria che testimoniano come spesso le regioni che mostrano i "conti in ordine" hanno peggiori risultati, sia in termini di efficacia che di accessibilità alle cure e di soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari ricevuti.

Alla luce di quanto detto sembra quanto mai opportuno che il SSN chiarisca in modo più esplicito i Livelli Essenziali di Assistenza che il SSN potrà continuare, effettivamente, a garantire su base universalistica. In caso contrario, il rischio è che si estendano forme di razionamento implicite e non governate, prevalentemente attraverso compartecipazioni alla spesa e lunghi tempi di attesa.

Nel contempo, potrebbe essere opportuno attivare risorse aggiuntive, ad esempio tramite lo sviluppo dell'attività a pagamento e dei fondi integrativi (salvaguardando, però, il rispetto dei principi ispiratori del SSN), nonché ricercare un'integrazione più forte con l'assistenza socio-sanitaria, attraverso più moderni sistemi di *governance*, attivando nuovi canali di finanziamento e stipulando nuovi accordi con gli erogatori.

L'auspicio per il futuro è che Rapporti come questo, e come tutti gli altri prodotti da altre Istituzioni pubbliche e private, spingano il decisore pubblico a tarare gli interventi e ad allocare le risorse sulla base di evidenze scientifiche, al fine di aumentare la corrispondenza tra risorse economiche e finanziarie e bisogni della popolazione.

Lungo questa direzione appare opportuno guardare avanti e programmare gli interventi in una prospettiva di medio-lungo termine. A tal fine, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ritiene prioritario munirsi di nuovi strumenti come i modelli di previsione della spesa sanitaria, metodologie statistiche in grado di monitorare gli esiti del SSN e tecniche per la valutazione dei bisogni sanitari maggiormente rispondenti alle condizioni di salute della popolazione.

Auspichiamo, infine, sulla scia dei risultati presentati in questo Rapporto, un approccio globale alla valutazione della *performance*, non più basato sui singoli aspetti, ma fondato sull'analisi contestuale di tutte le principali dimensioni del SSN.

Dott. Alessandro Solipaca
Segretario Scientifico
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

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