

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2013

Le analisi e gli indicatori presentati nel Rapporto Osservasalute di quest'anno chiariscono meglio alcune conseguenze sulla Sanità Pubblica della crisi economica che sta attraversando il Paese. Va subito detto che alcune evidenze presentate non vanno lette necessariamente in senso negativo, ma offrono alcuni spunti di riflessione utili per le scelte future. D'altra parte, la persistenza di alcuni elementi di criticità, come l'aumento dei divari regionali, impongono una particolare urgenza nella programmazione di interventi mirati al riequilibrio delle risorse e della *performance* del Sistema.

Gli indicatori economici testimoniano che siamo entrati in un periodo di reale contrazione delle risorse impegnate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), infatti la spesa a prezzi costanti, già dal 2010, ha iniziato a diminuire, abbozzando un trend che si è andato rafforzando nel 2011 anche a valori correnti. Altro segnale di riduzione della spesa pubblica arriva dall'aumento di quella di competenza delle famiglie per sostenere il pagamento della quota di compartecipazione e dei ticket per il consumo di farmaci. Sul versante dell'offerta, il dato che colpisce e che dà il senso della fase in cui ci troviamo è rappresentato dalla dotazione di personale nelle strutture pubbliche che, dal 2010, sta subendo evidenti contrazioni, come testimonia il tasso di *turnover* sceso a oltre il 78%.

Questi primi elementi possono essere il segno dell'inizio di un periodo di riduzione dell'offerta e dell'attività sanitaria pubblica, da leggere positivamente se questa fosse il frutto di interventi finalizzati al recupero di efficienza, ottenuto con la riduzione degli sprechi e delle inapproprietezze. Al contrario, questi segnali possono rappresentare le prime allarmanti avvisaglie di una strategia complessiva di ridimensionamento dell'intervento pubblico nel settore sanitario.

In attesa di poter comprendere meglio il quadro appena prospettato, gli indicatori presentati ci restituiscono l'immagine di un Paese che dovrà fronteggiare in futuro i bisogni sanitari di una popolazione che prosegue nel suo processo di invecchiamento e che si deve far carico di significativi flussi migratori. I dati sulla sopravvivenza testimoniano che se da un lato la speranza di vita continua ad aumentare, dall'altro evidenziano un aumento degli squilibri territoriali che vedono penalizzate le regioni del Mezzogiorno rispetto a quelle del resto del Paese.

Dalla lettura di alcuni indicatori, giungono timidi segnali positivi dalla prevenzione, come dimostra la diminuzione della mortalità per le malattie del sistema circolatorio che i modelli statistici individuano come le patologie che hanno contribuito in misura maggiori e all'aumento della speranza di vita in Italia. Questo dato è molto positivo, poiché si tratta di patologie per le quali l'attività di prevenzione gioca un ruolo centrale, per cui l'indicazione può essere interpretata come un *outcome* positivo del sistema. Quanto alla prevenzione primaria, se da un lato si conferma il trend in lenta discesa della prevalenza dei fumatori e la diminuzione dei consumatori a rischio di alcol, dall'altro si riscontra il persistente aumento delle persone in eccesso di peso, in particolare tra i bambini (27%) e la scarsa pratica sportiva. Riguardo all'eccesso di peso nei bambini, deve far riflettere il fatto che questo fenomeno è maggiormente presente nelle famiglie con basso livello di istruzione, ciò suggerisce la necessità di implementare politiche di prevenzione idonee a raggiungere anche le fasce di popolazione appartenenti alle classi sociali meno istruite. Altri indicatori in lieve miglioramento, al quale però contribuiscono anche altri settori pubblici, si riscontrano nei dati relativi alla raccolta differenziata e in quelli sugli incidenti stradali. Lo smaltimento differenziato dei rifiuti, nel 2012, è aumentato del 2%, soprattutto grazie alle regioni del Mezzogiorno. Gli incidenti stradali sono in diminuzione (-42% tra il 2001 e il 2010), così come i feriti e i decessi. Tale riduzione, tuttavia, non è ancora sufficiente per rispettare l'obiettivo fissato dall'Unione Europea che prevedeva di dimezzare, nello stesso lasso di tempo, i decessi.

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

Lo studio della struttura per età della popolazione rappresenta un aspetto centrale per la programmazione delle *policies* e degli interventi nel settore sanitario, visto che moltissimi fenomeni legati ai bisogni di salute sono correlati o direttamente influenzati dalla struttura per età della popolazione.

Gli indicatori demografici confermano come nel nostro Paese il processo di invecchiamento della popolazione sia piuttosto avanzato e le sue conseguenze si vadano accentuando nel tempo. La quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente. Per quanto riguarda il rapporto tra generi si evidenzia come, nelle età più avanzate, que-

sto sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.

Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori presentati, si osserva che l'Indice di Vecchiaia ben evidenzia quanto la struttura per età della popolazione residente sia sbilanciata verso le classi di età più elevate. Infatti, ogni 100 giovani che hanno un'età <15 anni risiedono in Italia oltre 148 persone che hanno 65 anni ed oltre. Le regioni più vecchie sono la Liguria (238,4 per 100), il Friuli Venezia Giulia (190,0 per 100) e la Toscana (187,3 per 100). All'opposto, valori contenuti si sono registrati in Campania (101,9 per 100), nella PA di Bolzano (111,1 per 100) e Sicilia (126,2 per 100).

Importanti sono anche i dati dell'Indice di Dipendenza: a livello nazionale ogni 100 persone in età attiva (15-64 anni) ve ne sono 53,5 che, per motivi di età, sono potenzialmente da loro "dipendenti".

L'Indice di Struttura demografica della popolazione attiva ci riferisce che ogni 100 residenti di 15-39 anni ce ne sono poco più di 120 della fascia di età 40-64 anni. L'indicatore, che ancora una volta raggiunge il suo massimo in Liguria (150,5 per 100) e il suo minimo in Campania (102,0 per 100), è un'ulteriore misura dell'invecchiamento della popolazione in quanto le venticinque generazioni più giovani di quelle in età attiva sono meno numerose delle venticinque generazioni più vecchie.

L'Indice di Ricambio della popolazione attiva, che rapporta le cinque generazioni più giovani tra il collettivo in età attiva con le cinque più anziane, è pari, a livello nazionale, a 130,3 per 100. Ancora una volta è in Liguria che si riscontra il valore più elevato (174,9 per 100) e in Campania quello più contenuto (93,0 per 100).

Interessante è l'indicatore sugli ultracentenari: i dati evidenziano che l'ammontare della popolazione di 100 anni ed oltre è cresciuto in modo consistente nell'ultimo decennio (2002-2011). In particolare, gli ultracentenari sono più che raddoppiati nel periodo di riferimento, passando da poco più di 6.100 unità nel 2002 ad oltre le 13.500 nel 2011. Si noti poi come la componente femminile sia maggiormente rappresentata: nel 2011, infatti, le donne rappresentano l'82,8% del totale degli ultracentenari.

Sopravvivenza e mortalità per causa

In Italia, continua a ridursi la differenza della durata media della vita di uomini e donne. La speranza di vita alla nascita nel 2010 è di 79,4 anni per gli uomini e 84,5 anni per le donne. Complessivamente, dal 2006 gli uomini hanno guadagnato 1 anno di vita (365 gg) e le donne solo 0,5 anni (ovvero 183 gg).

La riduzione dei differenziali di genere è quasi tutta da attribuire alla peggiore dinamica della mortalità delle donne rispetto agli uomini di età 0-74 anni (+124 gg vs +276 gg). Le cause che spiegano maggiormente questa evoluzione sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori maligni per i quali si osserva, complessivamente, una riduzione minore della mortalità delle donne rispetto agli uomini.

A livello regionale, esistono ancora forti differenziazioni territoriali. Per entrambi i generi i valori della speranza di vita più bassi si osservano in Campania e Sicilia, sia nel 2006 che nel 2010, e il divario con il valore nazionale e con le regioni che presentano i valori più alti aumenta nel tempo.

L'impatto delle cause di morte sull'evoluzione della speranza di vita, analizzato separatamente per due grandi fasce di età, mette in evidenza che per la classe 0-84 anni si osserva in tutte le regioni un aumento della sopravvivenza dovuto alla riduzione della mortalità delle malattie del sistema circolatorio sia per gli uomini sia per le donne. Negli uomini è sempre positivo, in termini di aumento della speranza di vita, anche il contributo dei tumori, mentre per le donne è quasi sempre negativo il contributo della mortalità dei disturbi psichici e comportamentali.

Negli ultra 85enni si registra il contributo positivo sull'aumento della sopravvivenza delle malattie del sistema circolatorio, mentre quello negativo si riscontra per i disturbi psichici e comportamentali. In questa fascia di popolazione tali effetti sono generalizzati per entrambi i generi.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo

Nel 2012, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 21,9%. Il dato è di poco inferiore rispetto all'anno precedente, ma si colloca in un trend caratterizzato da una lenta e costante diminuzione della percentuale di persone che fumano dal 2001 al 2012. Per contro, non si è registrato un aumento di persone che hanno smesso di fumare andando ad interrompere la linea in crescita degli ultimi anni.

Contrariamente a quanto accade per molti fenomeni indagati nel presente Rapporto, non emergono grandi differenze territoriali nell'abitudine al fumo.

Il tabagismo è più diffuso tra i giovani di età 25-34 anni e tra gli adulti di 45-54 anni, fasce di età in cui quasi tre persone su dieci sono fumatori (rispettivamente, 28,6% e 28,7%).

Alcol

La prevalenza degli astemi e degli astinenti degli ultimi 12 mesi, è pari, nel 2011, al 33,6% ed è aumen-

tata rispetto all'ultimo anno di un punto percentuale. L'aumento rispetto all'anno 2010 è un elemento incoraggiante ed è statisticamente significativo a livello nazionale, decrementi significativi anche in Toscana e Abruzzo (+3,6).

La prevalenza di consumatori a rischio, nel 2011, è pari al 23,9% per gli uomini, con una riduzione di 1,5 punti percentuali rispetto al 2010, e al 6,9% per le donne. Analizzando le prevalenze registrate negli ultimi anni, si registra un trend lineare in diminuzione delle prevalenze dei consumatori uomini a rischio in Toscana, Umbria, Emilia-Romagna, Calabria e Puglia; in quest'ultima regione il trend in diminuzione si evidenzia anche per le donne.

Tra i giovani (11-18 anni) la prevalenza di consumatori a rischio, nel 2011, è pari al 14,1% per i maschi ed all'8,4% per le femmine e si conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione registrato negli ultimi anni. A livello regionale, la diminuzione risulta statisticamente significativa, rispetto al 2007, per il genere maschile in Piemonte, Puglia e Sicilia. La prevalenza di *binge drinker* in Italia è pari al 9,5% (15,0% tra gli uomini e 4,1% tra le donne), con punte molto elevate nella PA di Bolzano (21,7%) e in Valle d'Aosta (17,0%). Le prevalenze minori in Puglia e Campania, rispettivamente al 5,3% e 5,7%.

Alimentazione

Le Linee Guida per una sana alimentazione assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti. In particolare, al consumo di "Verdura, Ortaggi e Frutta" (VOF) è riconosciuto una forte valenza positiva nella riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, la capacità di veicolare sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. Seguendo le indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo fondamentale di politica nutrizionale. In Italia, nel 2012, la percentuale di persone che rispetta questo standard internazionale è attestata al 4,7%, con un trend sostanzialmente stabile dal 2005.

Sovrappeso ed obesità

In Italia, nel 2012, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 46,0% dei soggetti di età >18 anni è in eccesso ponderale.

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e, nel confronto interregionale, si conferma, come negli anni precedenti, il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone obese (Puglia 12,9% e Molise 13,5%) ed in sovrappeso (Basilicata 39,9% e Campania 41,1%) rispetto alle regioni settentrionali (obese: Liguria 6,9% e PA di Bolzano 7,5%; sovrappeso: Liguria 32,3% e PA di Bolzano 32,5%).

Confrontando i dati con quelli degli anni precedenti si osserva che, dal 2001, si è registrato un aumento di 3,6 punti percentuali di persone con eccesso di peso.

Analizzando i dati per specifiche fasce di età (adolescenti 14-17 anni; bambini 6-10 anni) è emerso che i bambini e gli adolescenti in eccesso di peso sono una quota considerevole pari al 26,9%. Emergono forti differenze di genere: il fenomeno è più diffuso tra i maschi che tra le femmine (30,1% contro il 23,6%). Tali differenze risultano più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni). In generale, inoltre, il fenomeno dell'eccesso di peso è più frequente tra i bambini ed i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso.

Attività fisica

Nel 2012, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 31,1% della popolazione, pari a circa 18 milioni. Tra questi, il 21,9% si dedica allo sport in modo continuativo ed il 9,2% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 29,2% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni, pari al 39,2% (il 43,5% delle donne non svolge alcuna attività fisica). I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 21,9% del 2012). Le regioni settentrionali, in particolare le PA di Bolzano e Trento ed il Veneto, rappresentano la ripartizione geografica con la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, seguono poi le regioni del Nord-Ovest e del Centro, mentre le regioni meridionali si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono la Campania (19,3%) e la Puglia (21,7%).

Screening oncologici

A livello nazionale, nel 2011, la percentuale di donne della fascia di età *target* e residenti in un'area in cui è attivo un programma di screening mammografico si colloca a circa il 96%, con un lieve incremento rispetto al 2010. L'incremento è attribuibile, sostanzialmente, alle regioni del Meridione, perché le regioni del Centro e del Nord presentano un lieve decremento.

I programmi di screening citologici sono seguiti dall'84% delle donne. Al Nord tale percentuale si attesta al 71%, nelle regioni del Centro al 98%, mentre in quelle del Sud ed Isole si colloca al 93%.

Infine, per quanto riguarda lo screening per il tumore del colon-retto in Italia, nel 2011, la percentuale di persone di 50-69 anni inserite in un programma di screening colon-rettale organizzato si attesta al 69%, raggiungendo il 94% al Nord e l'80% al Centro. Al Sud e nelle Isole, invece, rimane stabile collocandosi al 31%.

Incidenti

Nel 2012, in Italia, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono stati 186.726 ed hanno causato 3.653 morti e 264.716 feriti con lesioni di diversa gravità. Ogni giorno, nel medesimo anno, si sono verificati mediamente 512 incidenti stradali con lesioni a persone, per una media giornaliera di 10 morti e 725 feriti. Rispetto all'anno precedente, si riscontra una diminuzione del 9,2% del numero degli incidenti e del 9,3% di quello dei feriti. Il numero dei morti ha subito un decremento, invece, del 5,4%. La maggior parte degli incidenti, in Italia, avviene in città. Nel 2012, infatti, il 75,9% degli incidenti si è verificato su strade urbane, causando oltre 191 mila feriti (il 72,3% del totale) e circa 1.500 morti (42,8% del totale). Nel nostro Paese, il fenomeno dell'incidentalità stradale per regione varia con tassi di mortalità che vanno da 3,9 a 8,6 per milione di abitanti.

Negli ultimi anni si sono verificati evidenti miglioramenti riguardo la numerosità di incidenti stradali, ma non sono stati ancora raggiunti gli obiettivi fissati nel 2001 dalla Commissione Europea che si prefiggeva di dimezzare il numero delle vittime in incidenti stradali entro il 2010.

Ambiente

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2012, ha quasi raggiunto i 30 milioni di tonnellate, registrando un valore intermedio tra quello rilevato nel 2002 e quello del 2003; si conferma, quindi, dopo un lungo periodo di crescita, una modesta inversione di tendenza della produzione che, per quanto riguarda le macroaree geografiche, rispetto al 2011, è più marcata nel Mezzogiorno (-4,8%) ed al Nord (-4,6%) rispetto al Centro (-3,9%).

La produzione pro capite si attesta, nel 2012, a 504 kg/ab per anno, raggiungendo il valore più basso degli ultimi anni con un calo sostanzialmente progressivo dal 2006, anno in cui ogni cittadino produceva 546 kg.

Relativamente alle principali macroaree geografiche nazionali, i quantitativi maggiori di produzione si riscontrano, in analogia alle precedenti rilevazioni annuali, al Centro con circa 582 kg/ab per anno ed al Nord con 503 kg/ab per anno, mentre i valori più bassi si registrano al Sud e nelle Isole con circa 463 kg/ab per anno. Infine, per quanto riguarda le singole regioni, è da rimarcare che Lombardia (15,4%) e Lazio (10,7%) insieme generano un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti solidi urbani.

Relativamente alle principali modalità di gestione, l'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica nel 2012 ammontano a oltre 11,6 milioni di tonnellate, facendo registrare una riduzione dell'11,7% rispetto al 2011; un calo si rileva anche per quanto riguarda il numero delle discariche, progressivamente ridotte nell'arco degli anni (dalle 303 nel 2006 alle 186 del 2012). Peraltro, nonostante la riduzione dei rifiuti solidi urbani trattati, lo smaltimento in discarica si conferma ancora la forma di gestione più diffusa. In particolare, le regioni del Centro conferiscono in discarica quantitativi più elevati di rifiuti (56,0%), sia rispetto al Sud ed Isole (51,0%) che al Nord (22,0%).

Riguardo la termidistruzione, la capacità nazionale d'incenerimento ha raggiunto il 17,0% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora inferiore alla media dei Paesi europei (23%) e ha superato i 5 milioni di tonnellate di rifiuto trattato. In particolare, l'incenerimento nel 2012, rispetto all'anno precedente, fa registrare un modesto calo di quantitativo assoluto di rifiuti inceneriti (195 mila tonnellate) e, per quanto riguarda il rapporto con i rifiuti prodotti, un lievissimo incremento, passando dal 16,9% del 2011 al 17,0% del 2012.

La raccolta differenziata ha raggiunto nel 2012, a livello nazionale, una percentuale pari al 39,9% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani, con un incremento di 2,2 punti percentuali rispetto al 2011, mentre, in valore assoluto, l'incremento corrisponde a circa 116 mila tonnellate. La macroarea geografica che ha contribuito maggiormente a tale incremento è il Meridione, che aumenta il quantitativo di raccolta differenziata in valore assoluto, tra il 2011-2012, di circa 145 mila tonnellate (corrispondenti a +6,1%), seguito dal Centro, con un incremento di circa 96 mila tonnellate (+4,5%), mentre al Nord si rileva un calo di circa 125 mila tonnellate (-1,7%).

Malattie cardio e cerebrovascolari

L'ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore mette in evidenza che i tassi di ospedalizzazione negli uomini continuano ad essere, come negli anni precedenti, più del doppio di quelli delle donne (nel 2012 pari a 399,1 ricoveri per 100.000 uomini vs 162,3 ricoveri per 100.000 donne). Un dato incoraggiante è che tra il 2011 ed il 2012 si continua a registrare, come negli anni precedenti, una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore nel loro complesso, sia negli uomini che nelle donne.

Nel biennio 2011-2012, negli uomini il tasso di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari risulta del 34,4% superiore a quello delle donne.

Tra il 2011 ed il 2012, in quasi tutte le regioni ed in entrambi i generi, si evidenzia una riduzione nei rico-

veri per malattie cerebrovascolari nel loro complesso. Per quanto riguarda, invece, l'ictus emorragico preoccupa l'inversione di tendenza dei ricoveri complessivi con un aumento di oltre il 3% negli uomini e del 4% nelle donne.

Nel nostro Paese, nel 2010, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2010, si sono registrati 13,53 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,31 decessi (per 10.000) fra le donne ed è da sottolineare che entrambi i tassi di mortalità sono in diminuzione rispetto al 2009.

Malattie metaboliche

Il diabete mellito è una delle patologie croniche più diffuse in tutto il mondo, rappresentando uno dei maggiori problemi di salute con una richiesta di risorse sempre maggiore.

A proposito dell'ospedalizzazione, la distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero (Ricovero Ordinario-RO e Day Hospital-DH), mostra che le regioni del Meridione presentano tassi di dimissione più elevati del valore nazionale (77,66 per 10.000), mentre le regioni del Centro-Nord hanno valori più bassi, ad eccezione del Lazio (89,58 per 10.000). Considerando separatamente i regimi di ricovero, da rilevare è che un elevato tasso di ricoveri in DH potrebbe non rappresentare necessariamente una cattiva assistenza territoriale, ma essere dovuto alla particolare organizzazione dell'assistenza locale al cittadino diabetico (il DH in alcune regioni viene utilizzato come alternativa alle visite ambulatoriali). Sebbene quest'anno non sia possibile effettuare confronti con gli anni precedenti a causa della modifica della fonte dei dati per la popolazione di riferimento per il calcolo dei tassi standardizzati (oggi "Demografia in cifre per la popolazione"), la distribuzione di tali valori per entrambe le tipologie di ricovero mostra numeri più alti nelle regioni del Sud ed Isole, fenomeno già evidenziato negli anni precedenti e che, quindi, si ripropone anche con la nuova fonte di dati. Per quanto riguarda la distribuzione per genere, i tassi sono maggiori negli uomini per ambedue le tipologie di ricovero.

Nella storia naturale del diabete mellito le complicanze acute e croniche sono eventi molto frequenti. La frequenza di complicanze acute (chetoacidosi, iperosmolarità e coma) è considerata un indicatore di qualità di assistenza alle persone con diabete e può fornire elementi per valutare i servizi e l'assistenza a livello territoriale.

Nel periodo 2001-2010, sono stati identificati 204 mila 700 ricoveri per complicanze acute coinvolgendo, nel 2010, 15.000 persone. Lo scompenso diabetico è indicato in diagnosi principale solo per il 33,6% dei ricoveri, mentre il maggior numero di ricoveri riporta in diagnosi il diabete con chetoacidosi (50,5%), con iperosmolarità (24,0%) e con altro tipo di coma (25,5%). Considerando la popolazione con diabete, nel 2010, ogni mille persone con diabete cinque sono state ricoverate per una complicanza a breve termine. Nel periodo 2001-2010, si evidenzia un forte trend in diminuzione dei ricoveri: il tasso standardizzato si riduce da 52,7 (per 100.000) a 32,1 (per 100.000). Si evidenzia una notevole variabilità regionale con tassi standardizzati che variano, nel 2010, da 17,1 (per 100.000) in Lombardia a 72,4 (per 100.000) in Basilicata.

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. In questa Edizione del Rapporto Osservasalute sono stati considerati il Tasso di Incidenza di HIV ed AIDS.

Nel 2011, l'incidenza di nuove diagnosi d'infezioni da HIV è stata pari a 5,8 per 100.000 residenti e si è mostrata maggiore al Centro-Nord rispetto al Meridione. Facendo un confronto con gli anni precedenti, nella maggior parte delle regioni sembra avere un andamento sostanzialmente stabile, mentre appare in aumento nella PA di Bolzano, Sardegna, Valle d'Aosta, Umbria, Sicilia ed in lieve diminuzione nel Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna, Marche e PA di Trento. Aumenta negli ultimi 30 anni l'età mediana dei soggetti al momento della diagnosi (da 26 anni per gli uomini e 24 anni per le donne nel 1985 a, rispettivamente, 38 e 34 anni nel 2011) ed aumenta la proporzione dei casi attribuibili a trasmissione sessuale, mentre diminuisce l'infezione legata all'uso di droghe per via endovenosa.

Nel 2011, sono stati notificati 1.260 casi di AIDS, confermando l'andamento stabile dell'incidenza dei casi di AIDS che si sta registrando nel nostro Paese dal 2001. È evidente, come negli anni precedenti, la persistenza di un gradiente Nord-Sud ed Isole nella diffusione della malattia nel nostro Paese, con tassi di incidenza mediamente più bassi nelle regioni meridionali. L'età mediana alla diagnosi dei casi di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra gli uomini che tra le donne.

Salute e disabilità

Il numero delle persone di 6 anni ed oltre che vivono in famiglia con limitazioni gravi nelle attività quotidiane, ammonta a circa 2 milioni 900 mila, pari al 5,1% della popolazione italiana, di cui circa il 66% è costituito da anziani con età >65 anni. In questo collettivo, oltre 1 milione e 500 mila persone presenta tre o più malattie croniche (53,1%) e circa 530 mila due malattie croniche (pari al 18,3%). Circa 370 mila persone con limita-

zioni gravi nelle attività quotidiane non soffrono di alcuna malattia (12,8%).

I fattori di disagio delle famiglie si traducono, molto spesso, in difficoltà di tipo economico derivanti sia dalle effettive capacità di produrre reddito, che dalle diverse esigenze economiche necessarie per far fronte a maggiori spese. La presenza in famiglia di una persona con disabilità, non autosufficiente, può rappresentare un forte disagio economico sia in termini di produzione del reddito (legato alla difficile conciliazione delle esigenze lavorative con le attività di cura e di assistenza alla persona), che in termini di risorse monetarie indispensabili per le necessità della vita quotidiana (ad esempio per le cure domestiche, i trasporti, l'assistenza sanitaria etc.). Infatti, gli indicatori a livello nazionale, evidenziano che le persone con limitazioni nelle attività quotidiane presentano un rischio di vivere in una famiglia con deprivazione materiale grave superiore dell'80% rispetto alle persone senza limitazioni. Tale rischio è più alto nelle regioni del Centro-Nord rispetto al Meridione.

Salute mentale e dipendenze

In questa sezione sono state esaminate alcune patologie che, per gravità e frequenza, rappresentano problemi importanti per la Sanità Pubblica.

Nel complesso, il numero di ricoveri per disturbi psichici continua negli anni a ridursi (dal 2003 al 2012 pari a -14,6% per gli uomini e -17,5% per le donne), con un trend pressoché costante negli ultimi 7 anni. Sebbene la situazione sia globalmente in miglioramento, permangono differenze ancora molto marcate tra regione e regione. Inoltre, se si considera il tasso di ospedalizzazione nelle principali macroaree, Nord, Centro e Meridione, non emergono differenze sostanziali a livello geografico perché tassi al di sopra del valore nazionale sono presenti in regioni di ogni macroarea per entrambi i generi.

A proposito del consumo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, il volume prescrittivo sembra aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (36,9 DDD/1.000 ab die nel 2011; 36,8 DDD/1.000 ab die nel 2012). Il trend in aumento può essere attribuibile a diversi fattori, tra i quali, ad esempio, l'utilizzo di questa classe di farmaci per le forme depressive più lievi (ansia e depressione) o per patologie non strettamente psichiatriche come la terapia di supporto a soggetti con patologie degenerative o oncologiche, la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG) nei confronti della patologia. I consumi più elevati nell'anno 2012 si sono registrati in Liguria, Toscana e nella PA di Bolzano, mentre i minori consumi in Friuli Venezia Giulia, Campania, Puglia e Basilicata.

Infine, è stato calcolato il tasso di suicidio che può essere letto come un indicatore di disagio e di mancata coesione e integrazione sociale. Nel biennio 2009-2010, il tasso annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,46 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre e nel 78,1% dei casi il suicida è un uomo. Importante è rilevare che la distribuzione dei tassi per età evidenzia, per entrambi i generi, una crescita all'aumentare dell'età con un incremento marcato, soprattutto per gli uomini, dopo i 65 anni raggiungendo i valori massimi nelle classi di età più anziane. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il dato maggiore nella classe di età 70-74 anni per poi ridursi nelle classi di età più anziane. L'indicatore, inoltre, presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord (con l'eccezione della Sardegna). A proposito del trend, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006, si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni che ha riguardato soprattutto gli uomini per i quali, negli ultimi due bienni di disponibilità del dato, si rileva un aumento della mortalità per suicidio nella fascia di età lavorativa tra i 30-69 anni a fronte di una riduzione tra i più giovani e tra gli anziani (ad eccezione della classe di età estrema).

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta una parte importante della salute pubblica poiché la gravidanza, il parto e il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne.

Uno dei dati più preoccupanti è la proporzione di Tagli Cesarei (TC) che è stata, nel 2012, pari al 36,62%, variando da un minimo del 22,95% registrato in Friuli Venezia Giulia ad un massimo del 61,15% registrato in Campania. Si registra, comunque, un trend in lieve ma in continua riduzione dal 2006, anno in cui si è registrato in Italia il valore più elevato in assoluto (39,30%), da imputare, complessivamente, alla riduzione dei TC primari. È da notare come, positivamente, per la prima volta si siano ridotti anche i TC ripetuti.

Per quanto riguarda l'indicatore Procreazione Medicalmente Assistita, i dati presentati fanno riferimento all'attività del 2011, cioè a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre del 2011. I dati confermano una contrazione di parti multipli pari all'8,8% (la quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti è del 19,8%, rispetto al 21,7% registrato nel 2010), a fronte di una lieve diminuzione del tasso di gravidanze ottenute.

A livello nazionale, nell'anno 2011, il numero di cicli iniziati con l'applicazione di tecniche a fresco, è stato pari a 924 per milione di abitanti. Tale valore appare costantemente in crescita.

Nel nostro Paese, ogni 1.000 nati vivi 21,8 nascono da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita. Tale dato è in lieve diminuzione rispetto al 2010 (22,3 per 1.000).

Il rischio di aborto spontaneo assume valori importanti a partire dai 35 anni di età. Nel 2011, il numero di aborti spontanei registrati è pari a 76.334, ossia pari a 137,36 casi per 1.000 nati vivi. Il trend temporale del fenomeno che appare lievemente crescente (il rapporto standardizzato è aumentato del 9,4% tra il 1982 e il 2011), risente anche dell'andamento della fecondità e della relativa struttura per età.

Il ricorso all'aborto volontario in Italia, già evidenziato come un Paese con i valori più bassi, continua il suo lento declino passando da 7,9 Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) ogni 1.000 donne del 2010 a 7,8 per 1.000 del 2011. Si conferma, quindi, che l'IVG non rappresenta una scelta di elezione nel nostro Paese, se non in sottogruppi di popolazione particolarmente svantaggiati.

Salute degli immigrati

L'analisi dei dati riguardanti la presenza degli stranieri in Italia evidenzia che, al Censimento 2011 risultano risiedere nel nostro Paese 4 milioni e 29.145 cittadini stranieri (il 6,8% del totale della popolazione residente), di cui il 53,3% costituito da donne. Gli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria rappresentano circa il 95% del totale degli stranieri residenti. Le regioni in cui si registra il maggior numero di stranieri residenti sono quelle del Nord, con in testa la Lombardia, in cui risiede poco meno di un quarto di tutti gli stranieri residenti in Italia, seguita dal Veneto (11,4%) e dall'Emilia-Romagna (11,2%). Al Centro le regioni con la percentuale più elevata di stranieri sono il Lazio (10,6%) e la Toscana (8,0%). Parallelamente, si registra una presenza più limitata nelle regioni meridionali (in Campania, per esempio, risiede il 3,7% del totale degli stranieri).

I cittadini stranieri residenti in Italia hanno una struttura per età tipica di una popolazione giovane: infatti, il 45,9% degli stranieri residenti ha tra i 25-44 anni (negli italiani questa classe di età pesa per il 26%). L'età media di tutto il contingente è di 31,1 anni (per la componente maschile l'età media degli stranieri è pari a 29,7 anni, per quella femminile 32,3 anni).

In tutte le classi di età gli stranieri fanno registrare percentuali di "buona salute" più elevate degli italiani: il divario aumenta nel passare dalle età più giovani a quelle più anziane. Nella classe 55 anni ed oltre, il 59,9% degli stranieri ha dichiarato di stare bene o molto bene, contro il 42,4% degli italiani.

L'indagine sul benessere fisico, mentale e psicologico dei cittadini stranieri è stata svolta attraverso indici sintetici (Indice di stato di salute fisico, Indice di stato psicologico e Indice di salute mentale) relativi alla percezione delle condizioni psicofisiche degli individui. Gli stranieri che sono ricorsi al Pronto Soccorso (PS) nei 3 mesi precedenti l'intervista sono stati 67,2 (per 1.000) (tasso standardizzato per età), soprattutto nella classe di età 25-34 anni, contro un valore pari a 50,5 (per 1.000) tra gli italiani, che vi ricorrono maggiormente dopo i 55 anni. Gli stranieri che sono ricorsi alla Guardia Medica nei 3 mesi precedenti l'intervista, invece, sono stati 21 per 1.000, valore analogo a quello stimato per gli italiani, con distribuzione per fasce di età sovrapponibile a quella del ricorso al PS.

Sono stati presentati anche indicatori riguardanti le barriere linguistiche, organizzative e burocratiche amministrative che gli stranieri incontrano nell'accesso ai servizi sanitari. Il 13,8% degli stranieri di 14 anni ed oltre dichiara di avere difficoltà nello spiegare in italiano i disturbi o i sintomi del proprio stato di salute al medico e il 14,9% riferisce di avere difficoltà a comprendere ciò che dice il medico; l'8,6% ha dichiarato inoltre di avere delle difficoltà nel fare visite o esami medici per gli orari incompatibili con gli impegni familiari e personali (soprattutto gli uomini), il 16% con impegni di lavoro.

Il Capitolo si conclude con un *Focus* in cui vengono illustrati gli importanti sviluppi registrati nel frammentario panorama delle realtà regionali italiane in tema di politiche sanitarie, organizzazione dei servizi e diritto all'assistenza da parte della popolazione immigrata, con particolare riferimento al documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane" approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA il 20 dicembre 2012 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario

Gli indicatori analizzati nel presente Capitolo confermano l'efficacia delle politiche di contenimento della spesa. Il rapporto spesa/PIL nel 2012 è risultato immutato rispetto al 2011 (7,0%) ma in diminuzione rispetto a quello del biennio 2009-2010 (7,2%). A livello regionale, il rapporto spesa/PIL nel 2012 è risultato inferiore al dato 2009 in tutte le regioni centro-meridionali tranne Sicilia e Sardegna, nonché in 7 regioni del Centro-Nord, comprese le 2 (Piemonte e Liguria) che sono state assoggettate nel tempo ai Piani di Rientro. L'analisi di alcuni indicatori di bilancio calcolati su aggregati provinciali evidenzia che le perdite elevate (ossia superiori al 5% dei proventi) sono ormai un numero abbastanza ridotto (12, contro i 52 del triennio 2002-2004) e scarsamente concentrati dal punto di vista geografico (al massimo due per regione, in contrapposizione al triennio 2002-2004, in cui ben sette regioni si caratterizzavano per la presenza di perdite elevate in tutti i gli aggregati provinciali).

Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute analizza e monitora l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Servizi Sanitari Regionali, in particolare si pone l'attenzione sull'analisi del personale dipendente del SSN. Il dato relativo alla spesa per il personale per il quadriennio 2008-2011 evidenzia un incremento dell'1,0% passando da 590€ a 596,3€ pro capite. Questa tendenza alla crescita si è invertita tra il 2010 e il 2011, anni per i quali si riscontra una riduzione della spesa dell'1,7%. Il trend in diminuzione si osserva anche nel quadriennio 2008-2011 se consideriamo solo le Regioni sottoposte a Piano di Rientro (Campania, Lazio, Molise, Sicilia ed Abruzzo).

A livello nazionale, dal 2008 al 2011, il tasso di compensazione del *turnover*, al netto delle procedure di stabilizzazione, mostra per tutti gli anni considerati un valore inferiore a 100, in particolare nel 2011 il tasso è sceso fino al 78,2%. Tale andamento testimonia sostanzialmente che l'organico del SSN ha subito una sensibile contrazione. A livello regionale, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del *turnover* con solo 4 regioni (Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo e Basilicata) che mostrano, sia nel 2011 sia nel 2010, valori superiori a 100.

Assistenza territoriale

A livello nazionale, nel corso del 2011, sono stati assistiti, complessivamente, al proprio domicilio 609.023 pazienti. Il tasso di assistibili in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 1.005 casi (per 100.000), con un incremento dell'1,5% rispetto al 2010. Permane, dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore a livello regionale: fatte salve la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta che possiedono una regolamentazione autonoma dei modelli di assistenza domiciliare, si vada un tasso minimo di 480 assistibili in ADI (per 100.000) della Puglia ad un valore massimo di 2.613 (per 100.000) dell'Emilia-Romagna. L'analisi per ripartizione territoriale conferma le notevoli disomogeneità: le regioni settentrionali, pur registrando una leggera flessione rispetto all'anno precedente (-3,2%), presentano valori superiori rispetto alle regioni del Centro e del Sud ed Isole (rispettivamente, 1.263, 1.071 e 624 per 100.000).

In Italia, i posti letto nelle strutture residenziali socio-sanitarie destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 288.715 pari a 486,1 per 100.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani (416,3 per 100.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità con età <65 anni (69,8 per 100.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e subisce consistenti riduzioni nelle altre aree del Paese. Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 243.960 e circa l'80% risulta in possesso di una certificazione che attesta la condizione di "non autosufficienza" (1.533 per 100.000). Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 42.306 (114,3 per 100.000) e 1.449 (14,5 per 100.000). In linea con il quadro d'offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani non autosufficienti, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Bolzano e Trento ed in Valle d'Aosta (rispettivamente, 4.246,5, 4.109,4 e 3.319,8 per 100.000).

Tra il 2010 e il 2012 il tasso medio di dimissioni ospedaliere per asma nei bambini sotto i 17 anni di età è di 0,8 per 1.000, nello stesso periodo i ricoveri potenzialmente evitabili per gastroenterite in età pediatrica sono stati il 3,8 per 1.000, con valori mediamente più elevati nelle regioni del Mezzogiorno.

Assistenza farmaceutica territoriale

I principali risultati delle analisi evidenziano che, dal 2001, il consumo in termini di Dosi Definite Giornaliere (DDD) pro capite è aumentato del 46,1%, mentre in termini di spesa al lordo della compartecipazione e ticket, si è osservata una diminuzione dell'8,1%. In aumento anche la spesa procapite sostenuta dai cittadini

per ticket e compartecipazione, passata da 11,3€ del 2003 a 23,7€ nel 2012.

L'analisi dei consumi mette in evidenza una discreta variabilità regionale che, per quel che riguarda il consumo farmaceutico territoriale, oscilla tra il valore massimo di 1.110 DDD/1.000 ab die della Sicilia a quello di 882 DDD/1.000 ab die della Liguria (escludendo la Regione Valle d'Aosta e le PA di Bolzano e Trento che potrebbero rappresentare realtà non direttamente comparabili con quelle di altre regioni). Si osserva un evidente gradiente Nord-Sud: alcune regioni meridionali (Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna), il Lazio e l'Umbria, si attestano ben al di sopra del valore nazionale.

Prendendo in considerazione la dinamica temporale per il periodo 2001-2012, l'incremento medio dei consumi è pari al 46,1%, con il Molise (+58,6%), l'Umbria e la Puglia (+53,7%) che hanno fatto registrare i valori più elevati.

Dal confronto tra i dati di consumo e di spesa si osservano due andamenti caratteristici: alcune regioni (Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Umbria, Lazio, Calabria e Sicilia) che, a fronte di un incremento dei consumi, hanno sperimentato anche una riduzione della spesa, come del resto avviene a livello nazionale; altre regioni (Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata) che, accanto ad una rilevante diminuzione della spesa (da -9% a -11% rispetto all'anno precedente), hanno anche una riduzione, più o meno marcata, dei consumi (da -1% a -4%).

Riguardo alla tipologia di farmaci consumati, dal 2001, si è assistito ad un aumento rilevante del consumo di farmaci di I livello Anatomico, Terapeutico e Chimico Ematologici (+120,8%), Gastrointestinali e Metabolici (+95,8%), mentre sono diminuiti quelli Dermatologici (-67,4%). I consumi di antibiotici sono aumentati costantemente nel periodo 2001-2009, mentre, a partire dall'anno 2010, il trend dei consumi comincia a mostrare un'inversione di tendenza. Questo andamento in riduzione è osservabile in quasi tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia e della Sardegna, in cui si assiste ad un aumento dei consumi, rispettivamente, di 1,1% e 1,0%.

Le riduzioni più importanti, rispetto all'anno 2011, si registrano in Liguria (-10,6%), Molise (-10,3%), Basilicata (-8,5%) e Sicilia (-8,1%).

Assistenza ospedaliera

Per monitorare i cambiamenti e confrontare i risultati ottenuti e 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, l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

La fotografia che emerge analizzando il tasso di ospedalizzazione nella popolazione anziana conferma la tendenza alla riduzione del ricovero in entrambe le modalità, cioè sia in Ricovero Ordinario (RO) che in Day Hospital (DH). Nello specifico, l'analisi nel periodo temporale 2007-2012, evidenzia per il tasso complessivo una riduzione del 16,8%, per la modalità di ricovero in RO una riduzione dell'11,1% e per il ricovero diurno una riduzione del 34,6%. Il tasso relativo al regime di RO varia dal 352,2 (per 1.000) della PA di Bolzano al 242,7 (per 1.000) del Piemonte, mentre per il DH il valore più elevato riguarda la Campania (116,6 per 1.000) ed il più basso la Lombardia (28,9 per 1.000), nettamente inferiore al dato nazionale (61,3 per 1.000).

Da quest'anno sono stati introdotti l'Indice di *case-mix* e l'Indice comparativo di *performance*, che forniscono indicazioni per una valutazione della complessità e dell'efficienza degli erogatori, in particolar modo se i suddetti indicatori sono letti congiuntamente. Tale analisi mostra che le regioni con un indice comparativo di *performance* migliore (ICP<1) ed una casistica più complessa (indice di *case mix* >1) sono la Valle d'Aosta, nella classe di ospedali con meno di 120 posti letto, la Toscana e l'Emilia-Romagna nella classe compresa tra 120-400 posti letto, e il Piemonte nella classe con più di 400 posti letto.

L'analisi della mobilità ospedaliera prende in considerazione gli spostamenti interregionali dei pazienti per essere sottoposti a cure ed interventi chirurgici che richiedono un ricovero. A tal proposito è stato studiato l'Indice di Attrazione e l'Indice di Fuga. La mobilità dei ricoveri per acuti in regime di RO presenta, complessivamente, un trend decrescente nei valori assoluti e leggermente crescente nei valori percentuali, passando dal 6,9% nel 2002 al 7,4% nel 2007 e 7,5% nel 2012. Valori crescenti assumono i dati percentuali delle dimissioni in mobilità per acuti in regime di DH (6,1% nel 2002, 6,7% nel 2007 e 7,8% nel 2012). Si osserva, inoltre, una riduzione negli ultimi 5 anni del numero assoluto delle dimissioni ospedaliere di pazienti residenti all'estero.

La percentuale di ricoveri in DH per DRG medici a rischio di inappropriata non ha fatto registrare significative e univoche variazioni nel periodo 2010-2012 (è aumentata dal 48,1% al 49,2% tra il 2010 e il 2011, mentre tra il 2011 e il 2012 si è ridotta al 47,3%). L'analisi del Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per i DRG medici a rischio di inappropriata mostra invece una riduzione negli ultimi 3 anni (dal 34,4 per 1.000 abitanti del 2010 al 30,2 per 1.000 del 2012). Tra gli indicatori sull'appropriatezza organizzativa sono state calcolate le dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici, in diminuzione costante da alcuni anni, più sensibile nel periodo 2010-2012 (dal 33,3% al 30,8%). I dati evidenziano un'elevata variabilità regionale e un evidente gradiente geografico con tutte le regioni del Sud e le Isole che presentano valori elevati, in particolare se confronta-

ti con quelli di tutte le regioni del Centro, ad eccezione del Lazio. La regione con la percentuale più bassa è il Piemonte (24,1%), mentre il valore più alto si registra in Calabria (43,0%).

I tassi di ospedalizzazione di patologie ad elevato impatto sociale riguardano gli interventi chirurgici per protesi d'anca, bypass coronarico ed angioplastica coronarica. Nel 2012, il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere nella popolazione anziana per i tre interventi sopra citati, è stato pari rispettivamente a 596,8 per 100.000, 121,7 per 100.000, 579,2 per 100.000, con un'elevata variabilità regionale.

L'ultimo indicatore presentato e relativo all'appropriatezza clinica e organizzativa, riguarda gli interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore nei pazienti di 65 anni ed oltre. Nell'arco temporale considerato (2001-2012) la percentuale d'interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero si è mantenuto pressoché costante dal 2001 al 2008 (tra il 31,2% e il 32,5%), mentre dal 2009 ha subito un rapido incremento, passando dal 33,6% del 2009 al 44,7% del 2012, con un incremento più consistente nell'ultimo anno in analisi, ed una marcata variabilità regionale che va dal 13,8% del Molise all'82,8% della PA di Bolzano.

Trapianti

Gli indicatori esaminati riguardano l'attività di donazione e *procurement* e di trapianto e la valutazione degli esiti.

A proposito dell'attività di donazione, nel 2012, il numero complessivo dei donatori è stato 1.123 contro i 1.113 dell'anno precedente, con una crescita totale dell'0,9% ed un'età mediana dei donatori utilizzati che continua a crescere, passando dai 52 anni del 2002 ai 61 anni del 2012. Nello stesso anno, rispetto al numero registrato degli accertamenti di morte con standard neurologici, le opposizioni sono state il 29,2%, in crescita di mezzo punto percentuale rispetto al 2011. Il totale dei pazienti in lista d'attesa, nel 2012, è stato pari a 8.764, con un lieve incremento (0,4%) rispetto all'anno precedente. Nel 2012, i più elevati livelli di donatori utilizzati si registrano nelle Marche (35,0 Per Milione di Popolazione-PMP), mentre i valori minori si osservano in Puglia (6,9 PMP).

Il divario regionale tra Centro-Nord e Meridione persiste anche nell'attività di trapianto e nella distribuzione dei centri per tipologia di organo generando una mobilità dei pazienti verso le regioni settentrionali, evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da fuori regione. Nello specifico, l'Emilia-Romagna è la regione con la maggior percentuale di trapianti extra regionali (48,7%).

Per la valutazione degli esiti, sono stati esaminati i dati sulla sopravvivenza dell'organo e del paziente a distanza di 1 e 5 anni dal trapianto. Importante è rilevare che le differenze dei valori della sopravvivenza sono da imputare alle diverse tipologie e alla complessità dei trapianti. Nel dettaglio, i valori della sopravvivenza del paziente a 1 anno risultano superiori all'80% per il trapianto di cuore e fegato (rispettivamente, 83,5% e 86,0%), mentre per il rene si registra un valore pari al 97,2% e per il midollo osseo un valore del 57,7%.

Alcune Raccomandazioni di Osservasalute

Il Rapporto Osservasalute testimonia molteplici differenziali territoriali nel nostro Paese che, nella Sanità come in altri settori, si manifestano con chiarezza e persistono, penalizzando soprattutto le regioni del Mezzogiorno. I dati di spesa rivelano come i sacrifici chiesti alla Sanità Pubblica trovino principale origine non in una presunta dispendiosità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), bensì nell'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi da un lato e nell'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente dall'altro. I sacrifici richiesti a questo settore comportano il rischio evidente che questi aggravino il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta.

In linea di principio, il contenimento della spesa dovrebbe identificare e incidere su situazioni di inefficienza e inappropriata spesa, quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. Tuttavia, in molti casi, risparmio e razionalizzazione sono stati perseguiti tramite “tagli lineari” sugli *input*, nella speranza di indurre le aziende a “fare lo stesso con meno”, senza introdurre le opportune innovazioni di prodotto (il *mix* di servizi offerti) e di processo (le modalità di produzione ed erogazione dei servizi). Le innovazioni di prodotto e di processo, peraltro, non possono essere imposte dal centro, ma vanno sviluppate sul campo, dalle persone più direttamente coinvolte nei processi operativi aziendali, per renderle coerenti con le specificità di azienda e di ambiente. Occorre, quindi, un ulteriore rafforzamento della responsabilità delle aziende sulle proprie *performance* economiche e di salute nonché, all'interno delle aziende stesse, un rafforzamento altrettanto vero delle capacità manageriali e degli strumenti gestionali, tra cui gli strumenti di gestione del personale, oggi spesso ancora carenti. Il ruolo del livello centrale e di quello regionale, d'altra parte, è quello di suggerire, sostenere e incentivare concretamente l'innovazione e la responsabilizzazione.

Le considerazioni fatte grazie alle elaborazioni effettuate sui bilanci delle Aziende Sanitarie Locali evidenziano il notevole contributo che tale tipologia di analisi può fornire per l'interpretazione delle politiche gestionali delle Aziende. Alla luce di questo, appare opportuno segnalare che è necessario migliorare la qualità dei dati contabili a disposizione. Infatti, i dati contabili del SSN, come è noto, e come è stato più volte e con forza evidenziato, per esempio, dalla Corte dei Conti, non sono pienamente attendibili. In prospettiva, miglioramenti dovrebbero derivare dalle recenti disposizioni in tema di armonizzazione contabile da un lato (D. Lgs. n. 118/2011 e successivi provvedimenti attuativi), di “certificabilità” dei bilanci aziendali e consolidati dall'altro (Patto per la Salute 2010-2012 e successivi provvedimenti attuativi, tra cui in particolare la definizione in ogni regione di un “Percorso Attuativo della Certificabilità”).

L'armonizzazione dovrebbe consentire: 1. una trattazione contabile univoca a livello nazionale dei fatti gestionali relativi al settore sanitario; 2. la maggiore trasparenza dei flussi finanziari connessi alla gestione sanitaria, attraverso l'istituzione di appositi conti di tesoreria (separati da quelli relativi alle attività “non sanitarie” della regione) nonché la rilevazione delle operazioni poste in essere dalla cosiddetta “gestione sanitaria accentrata regionale”; 3. la redazione di bilanci consolidati che forniscano una rappresentazione comparabile nello spazio e nel tempo della situazione economica, patrimoniale e finanziaria di ciascun Servizio Sanitario Regionale. La “certificabilità”, d'altra parte, dovrebbe garantire l'attendibilità dei bilanci (aziendali e consolidati) della Sanità Pubblica attraverso una revisione delle procedure di rilevazione e del correlato sistema di controlli contabili interni ed esterni.

Dal lato dell'offerta, un segnale preoccupante riguarda la tendenza alla progressiva senescenza del personale del SSN, soprattutto nelle regioni del Sud ed Isole. A questo si unisce la persistente diminuzione del personale che, in prospettiva, desta alcune preoccupazioni sulla capacità di risposta del Sistema alla domanda di assistenza. La preoccupazione espressa dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 circa il saldo negativo a partire dal 2013 tra pensionamenti e nuove assunzioni, rischia di concretizzarsi maggiormente nelle regioni impegnate con i Piani di Rientro a causa del blocco delle assunzioni stesse.

Dal lato organizzativo, appare opportuno rilanciare il ruolo dell'assistenza di base e di quella territoriale, al fine di contribuire, da un lato, a ridurre le disegualianze, attraverso un'azione mirata sui determinanti di salute, e dall'altro a limitare la necessità di intervento in livelli di assistenza più complessi, come quella ospedaliera. A questo ultimo riguardo, un ruolo centrale potrebbe essere svolto da forme di assistenza quali l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'Assistenza Residenziale per soggetti anziani o con disabilità o attraverso la gestione preventiva di soggetti a rischio, come diabetici o ipertesi.

L'auspicio è che gli indicatori presentati nel Rapporto Osservasalute contribuiscano alla riflessione sui principali temi di Sanità Pubblica e che i decisori pubblici li utilizzino per tarare gli interventi e allocare le risorse sulla base delle evidenze scientifiche proposte, al fine di aumentare la corrispondenza tra risorse economiche e finanziarie e bisogni della popolazione.

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

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