

## Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2014

Da 12 anni, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane monitora lo stato di salute della popolazione e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, attualmente, i Servizi Sanitari Regionali. Il Rapporto Osservasalute, suddiviso in due parti dedicate la prima a tematiche riguardanti la salute ed i bisogni della popolazione e la seconda ai Sistemi Sanitari Regionali ed alla qualità dei servizi offerti, ha l'obiettivo di raccogliere dati oggettivi e scientificamente rigorosi, per metterli a disposizione della comunità scientifica nazionale ed internazionale e di coloro che hanno responsabilità decisionali, affinché si adottino azioni adeguate, tempestive e razionali, idonee a migliorare la salute ed a soddisfare i bisogni delle popolazioni di riferimento.

I dati analizzati nel Rapporto Osservasalute 2014 evidenziano che lo stato di salute degli italiani risulta complessivamente buono, con un aumento, nei 10 anni trascorsi, della speranza di vita per entrambi i generi ed una diminuzione del tasso di mortalità infantile. Certamente emerge come sia necessario incentivare l'offerta di servizi di prevenzione e di politiche socio-sanitarie *ad hoc* che riducano la probabilità dei cittadini di ammalarsi e fronteggino i bisogni sanitari di una popolazione che prosegue nel suo processo di invecchiamento, con l'insorgenza sempre maggiore di fenomeni di comorbilità e complessità nei pazienti, e che deve farsi carico di significativi flussi migratori.

Permangono nei diversi ambiti indagati, ed in alcuni casi si intensificano, le differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Tale eterogeneità è legata alle differenti scelte programmatiche, organizzative e gestionali che hanno determinato, in alcune regioni, scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nella qualità, nell'offerta dei servizi erogati e nell'equità dell'accesso agli stessi.

Situazioni di questo tipo si riscontrano, principalmente, nel Meridione, dove per alcuni ambiti si osservano condizioni di maggiore criticità.

Lo scenario finora configurato è, certamente, aggravato dalle ripercussioni della crisi economica che continua ad investire il nostro Paese e che influisce in modo determinante sugli stili di vita e, quindi, sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto di quelli meno abbienti. Le analisi e gli indicatori presentati evidenziano alcune conseguenze sulla Sanità Pubblica della crisi economica, ma è necessario che esse siano lette in senso positivo come spunto di riflessione e base per le scelte future.

Appare, dunque, evidente come sia necessario e, talvolta, urgente l'intervento da parte di tutte le Istituzioni di settore, sia a livello nazionale che regionale, per attenuare e possibilmente evitare l'allargamento del differenziale di salute, garantendo a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo *status* socio-economico, un'adeguata ed equa assistenza sanitaria.

### 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.

Continuano a manifestarsi gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione ed appaiono evidenti sia quando si considera la piramide della popolazione per età, genere e cittadinanza che quando si analizza la quota di popolazione di età 65-74, 75-84 e 85 anni ed oltre. Emergono, inoltre, marcate differenze territoriali che vedono alcune aree del Paese maggiormente coinvolte nel processo di invecchiamento: ad un estremo la Liguria, regione che ormai da anni detiene il record di regione "più vecchia" d'Italia, all'altro la Campania, dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in uno stadio relativamente meno avanzato.

Per quanto riguarda il rapporto tra generi si evidenzia come, nelle età più avanzate, questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.

L'analisi della dinamica della popolazione, mostra un consistente aumento della popolazione residente imputabile, sostanzialmente, ai recuperi post censuari che in alcune aree del Paese sono stati particolarmente significativi. Il saldo naturale è negativo in quasi tutte le regioni, mentre quello migratorio con l'estero è positivo, ma si attesta su valori contenuti.

Relativamente alla fecondità della popolazione, il numero medio di figli per donna per il complesso delle residenti è, nel 2012, pari a 1,42 (italiane 1,29 e straniere 2,37 figli per donna). Anche con riferimento a questo indicatore si riscontrano notevoli differenze territoriali. Il numero medio di figli per donna è, infatti, pari a 1,67 nella PA di Bolzano rispetto a 1,14 registrato in Sardegna. L'età media al parto rimane elevata, pari a 31,4 anni (italiane 32,0 anni e straniere 28,4 anni).

La popolazione ultracentenaria va rapidamente aumentando sia in termini assoluti che relativi. Nel 2013 quasi tre residenti su 10.000 hanno 100 anni ed oltre. In questo segmento di popolazione le donne sono estremamente più numerose.

### **Sopravvivenza e mortalità per causa**

Nel 2012 la speranza di vita alla nascita è di 79,6 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne. Nei 10 anni trascorsi dal 2002 al 2012, gli uomini hanno guadagnato 2,4 anni, mentre le donne 1,4 anni. È da alcuni anni che si assiste al riavvicinamento della durata media della vita di donne ed uomini. Rimane, comunque, ancora consistente la distanza tra i due generi (+4,8 anni a favore delle donne nel 2012 contro i +5,8 anni nel 2002). Permangono le differenze a livello territoriale: per entrambi i generi la PA di Trento fa registrare la speranza di vita alla nascita più alta, la Campania quella più bassa.

Nel 2011, il tasso di mortalità infantile tra i residenti in Italia è di 3,1 (per 1.000 nati vivi), in diminuzione rispetto al 2006 in cui era di 3,4 (per 1.000). Tale diminuzione è da attribuire, unicamente, alla riduzione della mortalità neonatale.

La principale causa di morte nel primo anno di vita è rappresentata dalle condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale. Nel triennio 2009-2011 tutte le regioni meridionali presentano un tasso superiore al dato nazionale: un nato residente nel Meridione ha una probabilità di morire entro il primo anno di vita 1,3 volte superiore rispetto a un nato residente al Centro e 1,4 volte superiore rispetto a uno residente al Nord.

Dal 2006 a oggi i tassi di mortalità infantile degli italiani sono stati sempre più bassi di quelli degli stranieri, anche se per entrambi il trend è in discesa: il tasso degli italiani è sceso da 3,23 decessi (per 1.000 nati vivi) nel 2006 a 2,99 (per 1.000) nel 2011, quello degli stranieri da 4,99 a 4,16 decessi (per 1.000 nati vivi). Si può con sicurezza affermare che nella maggioranza delle regioni esiste un divario tra italiani e stranieri: i bambini stranieri sotto l'anno di vita muoiono di più di quelli italiani e in base al valore nazionale circa 1,5 volte.

### **Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione**

#### *Fumo*

Nel 2013, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 20,9%. Il dato è di poco inferiore rispetto all'anno precedente, ma si colloca in un trend caratterizzato da una lenta e costante diminuzione. Lo studio della prevalenza degli ex-fumatori, evidenzia un andamento non lineare. Nello stesso anno si registra un valore di 23,3% che risulta superiore rispetto al 22,6% del 2012 e molto simile, invece, al valore registrato nel 2010 e nel 2011 (23,4%).

L'analisi per le ripartizioni geografiche considerate (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) evidenzia come nel Centro vi sia, nel 2013, la più alta prevalenza di fumatori (22,5%), nel Nord-Est la più bassa (19,4%).

Ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto a coloro che dichiarano di fumare sigarette (26,4% uomini vs 15,7% donne) o tra gli ex-fumatori (30,8% uomini vs 16,3% donne).

Una delle fasce di età che risulta più critica per entrambi i generi continua ad essere, nel 2013, quella dei giovani tra i 25-34 anni in cui il 36,2% degli uomini e il 20,4% delle donne si dichiarano fumatori.

#### *Alcol*

A motivo dei nuovi limiti, già pubblicati dal Ministero della Salute e acquisiti dai nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti, a decorrere dalla presente Edizione sono stati aggiornati gli indicatori relativi alla classe di età giovanile ed a quella adulta che non risultano, quindi, confrontabili con quelli pubblicati nelle precedenti Edizioni.

La prevalenza degli astemi e degli astinenti degli ultimi 12 mesi è pari, nel 2012, al 34,2%, valore maggiore rispetto al 2011 (33,6%). Si registra un aumento della percentuale di non consumatori rispetto al 2011, principalmente in Piemonte ed in Valle d'Aosta (+3,5 punti percentuali), Lombardia (+2,8 punti percentuali), Basilicata (+3,4 punti percentuali) e Calabria (+4,2 punti percentuali), una diminuzione soprattutto in Liguria (-4,5 punti percentuali) e nelle Marche (-3,5 punti percentuali).

La prevalenza di consumatori a rischio secondo il nuovo indicatore, nel 2012, è pari al 24,0% per gli uomini ed al 9,7% per le donne, con una riduzione, rispettivamente, di 2,6 e 0,8 punti percentuali rispetto al valore registrato con il medesimo indicatore nel 2011.

Tra i giovani (11-17 anni) la prevalenza di consumatori a rischio, nel 2012, è pari a 19,7% (maschi 22,0%; femmine 17,3%) e si conferma, a livello nazionale, il trend in diminuzione della prevalenza dei giovani consumatori a rischio. A livello regionale, non si rilevano differenze statisticamente significative di genere e l'unica regione in cui si osserva una diminuzione della prevalenza è la Lombardia (-8,7 punti percentuali). Il Lazio risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente inferiore al dato nazionale.

Nel 2012, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita rispetto al 2011 di 2,9 punti percentuali tra gli uomini (19,5%) e di 1,0 punto percentuale tra le donne (8,7%).

La prevalenza di *binge drinkers*, nella popolazione di età 18-64 anni, è pari a 13,8% tra gli uomini e a 4,0% tra le donne, con valori più alti nella PA di Bolzano (37,8% per gli uomini e 13,8% per le donne) e più bassi in Campania tra gli uomini (8,8%) ed in Basilicata tra le donne (2,0%).

### *Sovrappeso ed obesità*

In Italia, nel 2013, più di un terzo della popolazione adulta (35,5%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,3%): complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età  $\geq 18$  anni è in eccesso ponderale.

Nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di 18 anni ed oltre, obese (Basilicata 14,2%, Molise 12,7%, Abruzzo 12,1% e Puglia 12,0%) ed in sovrappeso (Campania 41,6%, Puglia 39,2% e Sicilia 39,1%) rispetto alle regioni settentrionali (obesità: PA di Bolzano 6,8%, Piemonte 8,3% e PA di Trento 8,8%; sovrappeso: Liguria e Valle d'Aosta 31,6% e Lombardia 31,8%). Tuttavia, si osserva che, dal 2001, nel Nord-Ovest si è registrato il maggior aumento (circa 5 punti percentuali) di persone con eccesso ponderale.

Analizzando i dati per specifiche fasce di età, emerge che la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: il sovrappeso passa dal 15,1% della fascia di età 18-24 anni al 46,4% della fascia di età 65-74 anni; l'obesità dal 2,5% al 16,4% per le stesse fasce di età. Emergono forti differenze di genere: il sovrappeso è più diffuso tra gli uomini che tra le donne (44,1% vs 27,5%), così come l'obesità (11,5% vs 9,3%). La fascia di età in cui si registrano le maggiori percentuali è, per entrambi i generi, quella tra i 65-74 anni.

### *Eccesso di peso nei minori*

I dati (media 2012-2013) mostrano che in Italia la quota di bambini e adolescenti in eccesso di peso è pari al 26,5%. Il fenomeno è più diffuso tra i maschi che tra le femmine (29,6% vs 23,3%), in tutte le classi di età tranne che nei bambini di 6-10 anni; è più marcato tra gli adolescenti (14-17 anni). La prevalenza maggiore si osserva tra i bambini di 6-10 (quasi il 34%) e diminuisce con l'aumentare dell'età fino a raggiungere il valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni. Si osserva un forte gradiente Nord-Sud ed Isole con percentuali particolarmente elevate in Campania (38,9%), Calabria (34,5%), Molise (32,5%), Sicilia (32,0%) e Puglia (30,0%).

In relazione a specifiche caratteristiche del nucleo familiare, emergono prevalenze più elevate tra i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti; in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso; in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso.

### *Attività fisica*

Nel 2013, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 30,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni. Tra questi, il 21,5% si dedica allo sport in modo continuativo ed il 9,1% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 27,9% della popolazione, i sedentari sono circa 24 milioni e 300 mila, pari al 41,2%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 21,5% del 2013).

Rispetto all'anno precedente, nel 2013, in entrambi i generi, si riscontra un aumento significativo per quanto concerne la quota di persone sedentarie (da 34,6% a 36,2% negli uomini e da 43,5% a 45,8% nelle donne). Le regioni settentrionali presentano la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre le regioni meridionali si caratterizzano per la quota più bassa, fatta eccezione per la Sardegna dove il 30,8% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario.

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica. L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), con livelli di pratica sportiva molto più alti fra gli uomini.

### *Copertura vaccinale della popolazione infantile*

Per le vaccinazioni obbligatorie, si evidenzia il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel vigente Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età.

Riguardo alla distribuzione territoriale si registrano valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito,

ad eccezione di Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto (dove la sospensione dell'obbligo vaccinale è stata introdotta dal 1 gennaio 2008), Friuli Venezia Giulia, Molise, Campania e Calabria.

Da rilevare è la copertura della vaccinazione anti-Morbillo-Parotite-Rosolia che non ha ancora raggiunto il valore ottimale del 95% indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita.

#### *Copertura vaccinale antinfluenzale*

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2013-2014, al 15,6%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di copertura, a livello nazionale, non superano il 2,6% nelle diverse classi di età considerate. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

Nell'arco temporale 2002-2003/2013-2014, per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, pari all'8,1%.

#### *Screening oncologici*

Il sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) rileva informazioni sulla copertura degli screening, inseriti nei programmi organizzati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) oppure su iniziativa personale, fattori predittivi della pratica dello screening e attività di promozione.

Secondo i dati PASSI, per la mammografia a scopo preventivo, a livello nazionale, nel periodo 2010-2013, il 51% della popolazione *target* femminile ha aderito ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% ha effettuato l'esame, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea. Si evidenziano differenze territoriali legate alla quota di donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante), con gradiente Nord-Sud ed Isole, che risulta speculare alla geografia dello screening mammografico spontaneo, con valori più bassi al Nord (17%) e maggiori al Centro-Sud ed Isole (21%). La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (24%), tra le più istruite (30%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica (23%).

Nel periodo 2010-2013 il 40% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o *Human Papilloma Virus* test) aderendo ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 37% vi si sottopone su iniziativa spontanea. Si notano differenze geografiche fra lo screening nell'ambito di programmi organizzati e lo screening spontaneo (47% vs 38% nel Nord e 45% vs 35% nel Centro; 30% vs 35% nel Meridione). Dal 2008 al 2013 cresce, in tutto il Paese, la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, mentre resta stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-4,6%) quella dello screening spontaneo. La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore tra le 35-49enni (49%) e tra le più istruite (45%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche (41% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e 29% fra quelle con molte difficoltà economiche).

Riguardo allo screening per il tumore del colon-retto, la copertura nazionale è molto lontana dall'atteso: solo il 39% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali. Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole, con percentuali di copertura del 61% al Nord, 42% al Centro e 18% al Sud ed Isole. Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (43%), negli uomini rispetto alle donne (40% vs 38%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (49% vs 28%) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (39% vs 33%).

#### **Incidenti**

Nel 2013, in Italia, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono stati 181.227 ed hanno causato 3.385 morti e 259.500 feriti con lesioni di diversa gravità. Rispetto al 2012, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti con lesioni a persone (-2,2%) e del numero dei morti (-6,9%) e feriti (-2,0%). Il numero di morti è diminuito nel 2013 del 52,1% rispetto al 2001. I tassi standardizzati di mortalità sono nettamente superiori per il genere maschile rispetto al genere femminile (0,92 vs 0,21 per 10.000 nel 2013).

Analizzando gli infortuni e la mortalità sul lavoro nel periodo 2011-2013, si osserva una diminuzione rispetto ai dati presentati nel precedente Rapporto Osservasalute, ma le regioni che presentano i maggiori e minori valori rimangono le stesse. Le regioni del Nord presentano i valori più elevati, mentre tutte le regioni del Mezzogiorno, fatta eccezione per Abruzzo e Puglia, presentano tassi di incidentalità più bassi. Per quanto riguarda i tassi di mortalità per infortuni sul lavoro, il valore più elevato si registra in Molise (11,43 per 100.000), mentre il tasso minimo nella PA di Bolzano (2,32 per 100.000).

Per quanto riguarda gli incidenti domestici, essi hanno coinvolto, nel 2013, 638 mila persone (10,5 per 1.000). Le donne sono le più colpite (circa il 68% di tutti gli incidenti), con un quoziente di infortuni del 13,6 (per

1.000). Hanno subito almeno un incidente domestico oltre 20 anziani *over* 65 anni (per 1.000), 28 anziani *over* 80 anni (per 1.000) e 11,5 bambini di 0-5 anni (per 1.000). Relativamente alle tipologie delle lesioni diagnosticate all'osservazione in Pronto Soccorso, il 42% dei casi è rappresentato da ferite, soprattutto a carico degli arti superiori (coerentemente con l'alta prevalenza tra le casalinghe degli incidenti in cucina con coltelli e oggetti taglienti), circa il 26% da contusioni, circa l'11% da fratture (soprattutto agli arti superiori e inferiori) e circa il 9% da ustioni. Il Nord è la realtà geografica che presenta il maggior numero di incidenti domestici.

### Ambiente

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2013, si attesta a poco meno di 30 milioni di tonnellate, valore equivalente a quello fatto registrare circa 12 anni fa; si conferma, ormai da almeno 3 anni, dopo un lungo periodo di crescita, una inversione di tendenza della produzione, anche nei valori pro capite, diminuiti rispetto al 2006 di circa 60 kg/ab per anno. Riguardo alle macroaree geografiche, i quantitativi maggiori di produzione si riscontrano, in analogia alle precedenti rilevazioni annuali, al Centro con circa 549 kg/ab per anno, seguito dal Nord con 489 kg/ab per anno e dal Sud ed Isole con circa 448 kg/ab per anno. Per quanto riguarda le singole regioni, è da rimarcare che Lombardia (15,5%) e Lazio (10,7%) insieme generano un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti.

Relativamente alle principali modalità di gestione, l'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2013, ammontano a poco meno di 11 milioni di tonnellate, facendo registrare una riduzione di circa il 7% rispetto al 2012; un calo si rileva anche per quanto riguarda il numero delle discariche, progressivamente ridotte nell'arco degli anni (dalle 303 nel 2006 alle 180 del 2013). Lo smaltimento in discarica si conferma ancora la forma di gestione più diffusa.

Riguardo la termodistruzione, la capacità nazionale di incenerimento ha raggiunto il 18,2% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora inferiore alla media dei Paesi europei (24,0%) e ha superato i 5,3 milioni di tonnellate di rifiuto trattato. In particolare, l'incenerimento nel 2013, rispetto all'anno precedente, fa registrare un modesto incremento di quantitativo assoluto di rifiuti inceneriti (circa 300 mila tonnellate) e, per quanto riguarda il rapporto con i rifiuti prodotti, un lievissimo incremento, passando dal 17,0% del 2012 al 18,2% del 2013.

La raccolta differenziata ha raggiunto nel 2013, a livello nazionale, una percentuale pari al 42,3% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani, con un incremento di 2,3 punti percentuali rispetto al 2012 (circa 516 mila tonnellate in più). 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 2012-2013, di circa 176 mila tonnellate, seguito dal Centro, con un incremento di circa 175 mila tonnellate, e dal Nord (+166 mila tonnellate).

Nel 2010, la quantità totale di rifiuti speciali prodotta è stata pari a circa 137,9 milioni di tonnellate, quasi totalmente costituita da rifiuti speciali non pericolosi (93%). Rispetto al 2009 la produzione totale di rifiuti speciali mostra un incremento del 2,4% dovuto, quasi completamente, alla produzione di rifiuti non pericolosi. Il Nord Italia mostra valori di produzione pro capite superiori al dato nazionale (2.670 kg/ab per anno di rifiuti non pericolosi; 196 kg/ab per anno di rifiuti pericolosi). Relativamente alla gestione, la quantità totale di rifiuti trattati è pari a quasi 145 milioni di tonnellate e si evidenzia un incremento del 7,3% sul totale gestito rispetto al 2009.

Le analisi che si riferiscono all'inquinamento da polveri fini evidenziano come l'Italia appare frammentata in realtà differenti a "più velocità" tra Nord e Meridione per cui, ad una buona diffusione e gestione delle centraline nel Nord non corrisponde un'altrettanta buona gestione e distribuzione delle stesse nel Sud e nelle Isole, dove spesso il dato è mancante perché non prodotto oppure, addirittura, non comunicato in ragione dell'assenza di sistemi di rilevazione o malfunzionamento di questi. I dati del 2012 evidenziano per quanto riguarda la media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini (PM<sub>10</sub>), il rispetto del valore limite (PM<sub>10</sub>: 40 µg/m<sup>3</sup>) da parte di tutte le regioni. Per il numero medio di giorni di superamento del valore limite delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini (PM<sub>10</sub>) il nostro Paese mostra una tendenza al peggioramento, nel 2012, con una media complessiva di superamento della soglia massima di 50 µg/m<sup>3</sup> (media giornaliera) di PM<sub>10</sub> di 27 giorni/anno. Analizzando i dati relativi alla media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini (PM<sub>2,5</sub>) per l'anno 2012, è possibile evidenziare, pur con i limiti derivanti dalla scarsità dei dati forniti, un valore nazionale di 17 µg/m<sup>3</sup>, ben al di sotto del limite massimo di 25 µg/m<sup>3</sup> di PM<sub>2,5</sub> da raggiungere, obbligatoriamente, entro il 2015, come fissato dalla Direttiva Europea 2008/50/CE.

Relativamente all'amianto, inteso come degenerazione e/o dispersione da manufatti e successiva "produzione" di Rifiuti Contendenti Amianto (RCA), in Italia, nel 2012 sono stati smaltiti 264.938 m<sup>3</sup> di RCA (mediamente 0,0045 m<sup>3</sup> di RCA per abitante), andando dai 52.502 m<sup>3</sup> della Lombardia ai 106 m<sup>3</sup> della PA di Bolzano, sebbene Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Umbria, Lazio, Molise, Campania, Calabria e Sicilia, dai dati disponibili, risultino prive di siti dedicati allo smaltimento di RCA.

### 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. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio ed angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Chi sopravvive ad una forma acuta, diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare.

Nel nostro Paese, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2011, si sono registrati 13,47 decessi (per 10.000) fra gli uomini e 7,46 decessi (per 10.000) fra le donne. A livello regionale il primato negativo spetta alla Campania sia per gli uomini (17,14 per 10.000) che per le donne (10,61 per 10.000). Il dato confortante, per ciò che riguarda la mortalità per malattie ischemiche del cuore, è il trend in discesa che continua dal 2003 in entrambi i generi, in tutte le classi di età ed in tutte le regioni.

Il Rischio Cardiovascolare Globale Assoluto a 10 anni (RCVGA-10) è un indicatore che permette di valutare la probabilità di ammalarsi di un evento cardiovascolare maggiore nei successivi anni conoscendo il livello di alcuni fattori di rischio. La maggioranza degli uomini (41,2%) risulta a rischio "Moderato-Basso" (RCVGA-10 3-9%), mentre quella delle donne (64,7%) a rischio "Basso" (RCVGA-10 <3%). Per entrambi i generi la maggioranza di coloro che appartenevano alle classi di rischio più basse (RCVGA-10 <3% e 3-9%) non hanno modificato la propria classe di rischio dopo 1 anno: l'80,49% degli uomini nella classe <3% ed il 78,27% di quelli nella classe 3-9%; per le donne 91,84% e 76,59%, rispettivamente. Man mano che si passa a classi di rischio più elevate diminuisce la proporzione di coloro che mantengono lo stesso livello di rischio a distanza di 1 anno ed aumenta la proporzione di coloro che migliorano la propria condizione di rischio. Il dato incoraggiante è che il 71,43% delle donne ed il 37,62% degli uomini ad "Alto" rischio (RCVGA-10 ≥20%), a distanza di 1 anno, hanno migliorato i loro fattori di rischio al punto di passare ad una classe di rischio inferiore. Complessivamente, dopo circa 1 anno, il 14,99% (19,25% uomini; 10,74% donne) delle persone valutate migliora la propria classe di rischio, mentre il 10,54% (14,43% uomini; 6,65% donne) la peggiora.

### 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.

In merito all'ospedalizzazione in regime di Ricovero Ordinario (RO) e di Day Hospital (DH), nel 2013, come evidenziato negli anni precedenti e per entrambi i generi, i tassi standardizzati risultano maggiori nel Sud e nelle Isole. Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di RO più elevato si registra in Puglia (95,25 per 10.000), seguita da Molise (87,85 per 10.000) e Campania (86,55 per 10.000). Considerando il regime di DH, invece, i valori più alti si osservano in Molise (28,14 per 10.000) e Campania (18,96 per 10.000). Dal confronto dei dati 2005-2013, a livello nazionale, si evidenzia una costante diminuzione per tutti i regimi di ricovero.

I dati di mortalità riguardanti l'anno 2010, stratificati per regione e genere, evidenziano come i tassi più elevati si riscontrino, per entrambi i generi, in due regioni meridionali, ma con ordine invertito: per gli uomini in Sicilia (5,45 per 10.000) seguita dalla Campania (4,68 per 10.000), mentre per le donne in Campania (4,98 per 10.000) seguita dalla Sicilia (4,68 per 10.000). Nel 2011, la situazione appare analoga. Per entrambi gli anni risulta un gradiente geografico di mortalità Nord-Sud ed Isole ed un maggiore coinvolgimento delle fasce di età avanzate.

In riferimento all'ospedalizzazione per amputazioni all'arto inferiore, come complicanza della patologia diabetica, nel decennio 2003-2012 il tasso standardizzato di dimissioni per amputazione è rimasto, sostanzialmente, stabile, con un valore nazionale pari a 18,2 (per 100.000). Si riscontra, tuttavia, una riduzione degli interventi di amputazione maggiore (6,2 vs 5,0 per 100.000) e, per contro, un trend in crescita di quelli di amputazione minore. Il tasso di dimissione aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi e, dato registrato in tutte le classi di età, le amputazioni sono più frequenti fra gli uomini rispetto alle donne. La variabilità regionale è significativa, ma non si osserva un gradiente Nord-Sud ed Isole.

L'ospedalizzazione per complicanze a breve termine, riguardo al 2012, comprende le seguenti diagnosi di ricovero: chetoacidosi conseguente a diabete (51,6%), seguita da iperosmolarità (29,8%) e diabete con altro tipo di coma (18,7%). Il tasso di ospedalizzazione per complicanze acute è più elevato negli uomini (30,9 per 100.000) rispetto alle donne (23,8 per 100.000) e cresce fortemente con l'età in entrambi i generi. Si evidenzia una notevole variabilità regionale con tassi standardizzati che variano da 15,7 (per 100.000) nelle Marche a 52,0 (per 100.000) in Basilicata. Tale variabilità permane anche considerando la differente prevalenza della patologia nelle aree geografiche, come già osservato negli anni precedenti. Valutando il trend 2001-2012 si osserva una forte diminuzione dei ricoveri per complicanze acute, con una riduzione complessiva pari al 53,2%.

### 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 è stato considerato il tasso di incidenza di alcune malattie a trasmissione respiratoria (morbillo, parotite, rosolia e varicella).

L'incidenza del morbillo, dal 1996 al 2012, presenta un andamento endemico-epidemico, con picchi molto elevati nel corso di alcune epidemie. Nel 1996-1997 (67,49 casi per 100.000 nel 1997) e nel 2002-2003 (30,92 casi per 100.000 nel 2002), furono principalmente colpite le regioni del Sud e le Isole e la fascia di età 0-14 anni; nel 2008 (8,81 casi per 100.000) e 2011 (11,08 casi per 100.000), invece, le regioni del Nord e del Centro e la fascia di età 15-24 anni.

L'andamento dell'incidenza della parotite, nel periodo 1996-2012, presenta un valore maggiore nel 1996 con 108,86 casi (per 100.000) e nel 1999 con 68,96 casi (per 100.000), con interessamento prevalente del Centro-Nord. Dal 2000, l'incidenza è rapidamente diminuita fino a raggiungere il minimo nel 2012 (1,03 casi per 100.000) ed è sempre più elevata tra gli uomini e nella fascia di età 0-14.

La rosolia ha dato luogo a tre epidemie tra il 1996 e il 2012: nel 1997 (55,66 casi per 100.000) e nel 2002 (10,45 casi per 100.000) interessando la fascia di età 0-14 anni e nel 2008 (10,22 casi per 100.000) a carico, soprattutto, della fascia di età 15-24 anni. Sono maggiormente interessate le regioni del Centro-Nord ed il genere maschile.

La varicella mostra un andamento decrescente tra il 1996 e il 2012 pur presentando alcune oscillazioni.

L'incidenza maggiore è stata registrata nel 2004 (214,76 casi per 100.000) e la minore nel 2012 (66,99 casi per 100.000). La malattia colpisce con maggiore frequenza gli uomini e la fascia di età 0-14 anni, con un evidente gradiente Nord-Sud ed Isole.

### Salute e disabilità

La stima del numero delle persone con limitazioni funzionali che vivono in famiglia ammonta, nel 2013, a 3.166.738, pari al 5,5% della popolazione italiana, cui ne vanno aggiunte circa 370 mila, ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie.

L'analisi territoriale dei tassi evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole, per il quale bisogna considerare la maggiore propensione dei nuclei familiari dell'Italia meridionale a tenere in famiglia le persone con disabilità, nonché la carenza dell'offerta di strutture residenziali dedicate nel Meridione. Il 35,2% dei soggetti con limitazioni funzionali non dichiara alcuna malattia cronica grave, il 30,5% presenta una malattia cronica grave, mentre il 34,3% ha due o più malattie croniche gravi. Oltre la metà delle persone con limitazioni funzionali dichiara una cattiva percezione del proprio stato di salute, con un dato migliore al Nord rispetto al Centro-Sud ed Isole.

L'analisi delle rinunce alle cure per motivi economici che indaga, in particolare, la rinuncia alle visite specialistiche, prestazioni gravate da ticket o che spesso si è costretti a pagare di tasca propria, mostra come il 12,4% delle persone con limitazioni funzionali abbiano rinunciato ad una visita specialistica e come poco meno della metà di essi adduca un motivo economico (44,8%), con evidente gradiente territoriale Nord-Sud ed Isole. Se confrontata con le persone senza limitazioni funzionali, la percentuale di persone con limitazioni che si vede costretta a rinunciare ad una visita è maggiore di circa il 50% (12,4% vs 7,6%), con motivazione economica addotta meno frequentemente (44,8% vs 56,6%).

### Salute mentale e dipendenze

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

Il trend nazionale, nel quadriennio 2010-2013, del numero di ricoveri per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer ha mostrato una costante riduzione sia come valore totale (da 12,63 a 10,87 per 10.000) che nella stratificazione per genere (da 14,01 a 12,12 per 10.000 negli uomini; da 11,61 a 9,96 per 10.000 nelle donne). Analizzando i dati regionali, si può notare una variabilità del trend in entrambi i generi, ma non è possibile fornire particolari considerazioni legate alla macroarea geografica di riferimento. Nel 2013, le dimissioni ospedaliere da istituti pubblici e privati accreditati per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer, considerando la distribuzione per genere ed età, mostrano per uomini e donne, anche se maggiore negli uomini, un incremento all'aumentare dell'età che si evidenzia in modo particolare nella classe 75 anni ed oltre.

A proposito del consumo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, il volume prescrittivo sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (36,9 Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die nel 2011; 36,8 DDD/1.000 ab die nel 2012), mentre, in realtà, per l'anno 2013 si è registrato un nuovo incremento (39,1 DDD/1.000 ab die). Il trend in aumento può essere attribuibile a diversi fattori tra i quali, ad esempio, l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche

per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia), la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia. I consumi più elevati nell'anno 2013 si sono avuti in Toscana, nella PA di Bolzano ed in Liguria, mentre i consumi minori in Campania, Basilicata e Molise.

Relativamente al tasso di mortalità per suicidio, nel biennio 2010-2011, il tasso grezzo è stato pari a 7,62 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre. Nel 78,7% dei casi il suicida è un uomo. Importante è rilevare che la distribuzione dei tassi per età cresce all'aumentare dell'età, con un incremento marcato, per gli uomini, dopo i 65 anni, raggiungendo il valore massimo nella classe di età 85 anni ed oltre, per le donne 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). Il trend storico dell'indicatore, a livello nazionale, mostra una riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997. Tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006 questa tendenza alla riduzione subisce un arresto. Si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni che ha riguardato soprattutto gli uomini per i quali, negli ultimi due bienni esaminati, 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. Per le donne, invece, non si rilevano cambiamenti degni di nota.

### 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 femminile.

Nel 2011, il 9,4% dei parti è avvenuto in strutture con un volume di attività <500 parti annui, volume che non soddisfa uno standard qualitativo ammissibile. Questa quota risulta elevata in molte regioni meridionali tra cui spiccano la Sardegna (24,22%) e il Molise (19,68%). Una Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale è presente in 122 dei 565 punti nascita analizzati e solo 95 di esse sono in punti nascita con almeno 1.000 parti annui.

Il ricorso al Taglio Cesareo (TC) resta elevato nonostante la continua lieve riduzione osservata a partire dal 2006. La quota totale dei parti con TC si riduce dal 36,6% al 36,5% tra il 2012-2013. Permane il gradiente Nord-Sud ed Isole, che vede i valori più elevati di TC primari in Campania (33,54%), Molise (29,16%) e Sardegna (28,64%).

Le nascite da Procreazione Medicalmente Assistita sono 11.974 nel 2012. Il tasso di gravidanze ottenute (indicatore di successo) e la quota di parti multipli (indicatore di sicurezza delle tecniche) non hanno subito importanti variazioni rispetto al 2011. Aumenta, anche se di poco, l'offerta sul territorio da 924 a 932 cicli a fresco iniziati per milione di abitanti, permanendo una differenza sostanziale tra Nord e Sud ed Isole.

Con riferimento all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) l'Italia mostra valori tra i più bassi tra i Paesi a Sviluppo Avanzato. Tra il 2011-2012 il tasso di abortività continua a decrescere (7,6 casi ogni 1.000 donne) in tutte le classi di età. Il numero di IVG effettuate con RU 486 (somministrazione di mifepristone entro i 49 giorni di gestazione) è pari a 7.855 nel 2012 (l'8,5% del totale), anche se in alcune regioni tale quota risulta nettamente superiore (più del 15% in Liguria, Valle d'Aosta, Piemonte ed Emilia-Romagna). Poiché le raccomandazioni del Consiglio Superiore di Sanità, dell'Agenzia Italiana del Farmaco e del Ministero della Salute prevedono il Ricovero Ordinario in caso di IVG tramite RU 486, si assiste alla singolarità di avere circa il 90% di ricoveri in Day Hospital (DH) in caso di IVG chirurgica e circa il 38% di ricoveri in DH in caso di somministrazione della RU 486, diversamente da quanto accade negli altri Paesi.

Per l'aborto spontaneo si evidenzia che nel 2012 il rapporto calcolato su 1.000 nati vivi è aumentato rispetto al 2011 passando da 137,4 a 139,5 (per 1.000) e questo aumento ha coinvolto, principalmente, le classi di età centrali (30-39 anni).

### Salute degli immigrati

Dalle evidenze censuarie emerge come, alla data del 9 ottobre 2011, gli stranieri residenti in Italia superano di poco i 4 milioni di unità: in un decennio la presenza straniera è notevolmente aumentata. In occasione del precedente Censimento, infatti, erano stati censiti "solo" 1,3 milioni di stranieri residenti.

A livello nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (53,0%) proviene da un Paese del continente europeo, in particolare il 27,5% da un Paese dell'Unione Europea (UE) ed il restante 25,5% da un Paese europeo non comunitario. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 21,0% (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 17,7% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,8% ha la cittadinanza di un Paese dell'America centro-meridionale.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole aumento del peso dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita. In particolare, nel 2012, circa il 19% dei nati, ossia quasi uno



ogni cinque, è nato da una madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre. Quest'ultimo indicatore risulta in forte crescita rispetto al 2000 (quando era pari a 6,4%). È possibile osservare un analogo ritmo di crescita quando si considerano i nati con almeno il padre straniero e i nati da entrambi i genitori stranieri (questi ultimi rappresentano circa il 15% dei nati).

Il Rapporto offre un'ampia panoramica sugli stili di vita e le condizioni di salute della popolazione immigrata.

La quota di fumatori abituali tra i cittadini stranieri di 14 anni ed oltre è pari al 23,2%. Si riscontra una diversa abitudine al fumo tra i generi: il 32,4% degli uomini stranieri fuma contro il 15,1% delle donne. Dal confronto con la popolazione italiana si evince che il fumo è un fattore di rischio più diffuso tra le donne italiane (19,5%) rispetto alle donne straniere, mentre per gli uomini la quota dei fumatori è pressoché identica.

Si trova in una condizione di obesità il 7,9% della popolazione straniera di 18 anni ed oltre, analogamente al 7,8% della popolazione italiana. Differenze significative emergono tra le diverse cittadinanze: valori superiori alla media della popolazione straniera dei 18 anni ed oltre si riscontrano per i cittadini albanesi (9,4%) e rumeni (9,3%). I cittadini cinesi presentano la percentuale di obesi più contenuta (1,4%) rispetto alla media, seguiti dai polacchi (4,4%). Se nella popolazione italiana, di pari età, l'obesità è una prerogativa maschile (9,0% rispetto al 6,7% delle donne), tra gli stranieri il fenomeno interessa allo stesso modo uomini e donne (rispettivamente, l'8,1% e il 7,8%); differenze di genere si osservano se si scende nel dettaglio delle collettività.

La quota di cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che nel corso dell'anno consuma almeno una bevanda alcolica è pari al 56,2%. Come per l'abitudine al fumo, anche il consumo di bevande alcoliche tra gli stranieri interessa maggiormente gli uomini, che nel 65,7% dei casi consumano alcolici nell'anno rispetto al 47,9% delle donne. Nel complesso, l'abitudine al consumo di alcolici è meno diffusa tra gli stranieri rispetto agli italiani (per questi ultimi il 69,4% consuma bevande alcoliche nell'anno, precisamente l'82,1% degli uomini e il 57,5% delle donne).

Se oltre la metà degli stranieri di 14 anni ed oltre ha dichiarato di aver consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, la percentuale di chi ha avuto almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcolici, o per un consumo giornaliero di alcol non moderato o per aver consumato 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione, riguarda poco più di uno straniero ogni dieci (il 13,2%), analogamente alla popolazione italiana di pari età (12,4%). Tra gli stranieri di 14 anni ed oltre, la popolazione maschile ha abitudini di consumo di alcolici rischiose per la salute tre volte superiori a quelle delle donne (il 20,1% degli uomini ha almeno un comportamento a rischio rispetto al 7,1% delle donne). I consumatori stranieri a rischio si concentrano tra gli adulti di età compresa tra 25-44 anni (14,4%).

Il *binge drinking* è un fenomeno che coinvolge il 9,3% della popolazione straniera di 14 anni ed oltre, con una prevalenza nella classe di età 18-24 anni (11,7%). In particolare, per gli uomini in questa classe di età si raggiunge il picco del 17,8%, essendo anche questo un fenomeno prettamente maschile.

Il tasso di dimissione standardizzato, in regime ordinario, degli immigrati di 18 anni ed oltre provenienti dai Paesi ad alta pressione migratoria, nel 2011, è per gli uomini di 79,9 (per 1.000 stranieri residenti) e per le donne di 101,1 (per 1.000 stranieri residenti), entrambi inferiori a quello fatto registrare per gli italiani (120,4 e 124,3 per 1.000, rispettivamente).

Il tasso di mortalità standardizzato degli stranieri di età compresa tra 18-64 anni di età nel 2011 varia in base alla provenienza: è pari a 9,3 (per 10.000) per quelli provenienti dai Paesi ad alta pressione migratoria, a 11,2 (per 10.000) per quelli a sviluppo avanzato e a 14,4 (per 10.000) per gli stranieri provenienti dai Paesi di nuova adesione all'UE. Il tasso di mortalità standardizzato più basso di quello registrato in Italia è spiegabile con il fatto che le popolazioni immigrate si compongono di individui mediamente più sani, in grado di affrontare una esperienza difficile come quella migratoria; inoltre, molti individui immigrati scelgono di tornare in patria quando cadono in una condizione di malattia grave.

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

### Aspetto economico-finanziario

In questa Edizione è stato presentato un nuovo indicatore della spesa sanitaria: la spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del Prodotto Interno Lordo (PIL). La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL a livello nazionale si posiziona sul 7% nel 2012. A livello regionale il valore più basso si presenta in Lombardia con 5,33% del PIL, mentre il valore più alto si registra in Molise con 10,42%. A tale valore complessivo della spesa corrente rispetto al PIL concorrono con peso differente tre funzioni di spesa: spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente (da un minimo del 2,80% del PIL sempre in Lombardia ad un massimo di 6,50% in Sardegna); spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (da

un minimo dello 0,26% del PIL in Lombardia ad un massimo dello 0,64% in Calabria); spesa sanitaria pubblica corrente per servizi erogati in convenzione (da un minimo dell'1,36% del PIL nella PA di Bolzano ad un massimo del 4,27% in Molise). Quest'ultima voce di spesa si articola in spesa per assistenza farmaceutica (0,57%), case di cura private (0,58%), assistenza medico specialistica (0,30%) e per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,25%). In tutte le regioni la componente che gioca un ruolo primario è la spesa farmaceutica. Costituiscono eccezione la PA di Bolzano (la maggior quota è per assistenza medico generale) e Lombardia, Lazio, Molise, Campania e Puglia (maggior quota di spesa per case di cura private).

Nel 2013 la spesa sanitaria pubblica pro capite è di 1.816€, spesa che, se confrontata con altri Paesi con sistema sanitario assimilabile al nostro o con connotati diversi, pare collocarsi su valori decisamente bassi. Tale valore del 2013 è il risultato di un trend in diminuzione della spesa sanitaria nazionale che si riduce del 2,36% fra il 2010 e il 2013 con un tasso medio annuo composto di -0,79% e con un decremento dell'1,50% solo nell'ultimo anno. A livello regionale, all'ultimo anno di osservazione è la PA di Bolzano che sostiene la più alta spesa pro capite (2.231€), mentre è la Campania a sostenere la più bassa con 1.686€. La distribuzione della spesa fra le regioni si presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

Nel 2012, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,043 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2011 (1,261€ miliardi) e a conferma del trend di sistematica riduzione avviato dopo il picco (5,790€ miliardi) raggiunto nel 2004. Anche a livello pro capite, il disavanzo 2012 (18€) è il più basso dell'intero arco temporale considerato (2002-2012). Nel confronto interregionale permangono forti differenze, con un ampio gradiente Nord-Sud ed Isole.

#### Assetto istituzionale-organizzativo

L'organico del Servizio Sanitario Nazionale sta subendo una costante contrazione. Infatti, a livello nazionale, i dati mostrano come il tasso di compensazione del *turnover*, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e 4 gli anni presi a riferimento <100. Analizzando il trend 2009-2012 si evince che il tasso di compensazione si è costantemente ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (78,2% nel 2011). Con il 2012, quindi, si è confermato il trend di marcata contrazione fatto registrare dal 2010 in poi. A livello regionale, si riscontra una forte eterogeneità del tasso di compensazione del *turnover* con unicamente 2 regioni (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige) che mostrano nel 2012 valori >100; in generale il divario Nord-Sud ed Isole è meno marcato rispetto agli anni precedenti. Da segnalare i valori di Lazio, Puglia, Campania, Molise e Calabria tutti <25%. Tali valori sono, probabilmente, imputabili agli effetti derivanti dai Piani di Rientro in cui tutte le regioni del Meridione, ad eccezione della Basilicata, sono impegnate dal 2007-2008.

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale rapportata alla popolazione residente nel periodo 2009-2012 mostra una diminuzione dello 0,37%, passando da un valore di 601,7€ a 599,5€. Come di consuetudine, si riscontrano profonde differenze a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza. La PA di Bolzano fa registrare la spesa pro capite grezza più alta (1.133,8€), seguita dalla Valle d'Aosta (893,7€); Puglia, Campania, Lombardia e Lazio sono le regioni che fanno registrare valori di spesa pro capite più bassi compresi tra 505,0-527,6€.

L'offerta di Medici di Medicina Generale, in tutte le regioni, rispetta i valori di benchmark di riferimento che prevede un valore pari a 0,67 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni ed oltre. Nel 2011, il valore nazionale è pari a 0,87 medici per 1.000 residenti, che corrisponde a 1 medico ogni 1.200 residenti circa, con un rapporto in flessione rispetto al 2006, quando si attestava a 0,91 medici per 1.000 residenti. I dati per regione mostrano un'elevata variabilità sul territorio, portando ad identificare tre diversi gruppi di regioni. Il primo gruppo (Piemonte, PA di Trento, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta, Veneto e Lombardia) presenta un rapporto che, pur rientrando nel benchmark di riferimento, è inferiore al dato nazionale. La maggior parte delle regioni, invece, presenta valori vicini al dato nazionale, mentre Basilicata, Lazio e Sicilia presentano un tasso prossimo all'unità, pertanto, vicino al rapporto di 1 medico per 1.000 residenti.

Il valore nazionale di disponibilità di Pediatri di Libera Scelta (PLS) è di 0,97 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica, con un valore in diminuzione. Infatti, la maggior parte delle regioni registra una flessione nel valore, a cui fanno eccezione la PA di Bolzano, la Liguria, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia. Le regioni con il valore più basso di PLS sono la PA di Bolzano e il Piemonte, mentre la Sardegna è la regione che presenta il valore più alto (1,33 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica) insieme alla Sicilia (1,30 pediatri per 1.000 residenti in età pediatrica). La maggioranza delle regioni si colloca intorno ad un valore medio di 1,00 pediatra per 1.000 residenti in età pediatrica.

Un dato molto rilevante che fornisce un elemento di valutazione per il processo di modernizzazione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) è costituito dall'utilizzo dei canali *web 2.0* per la comunicazione nei confronti del cittadino. I dati rilevati mostrano un deciso incremento dell'utilizzo di tale strumento in tutto il Paese: le ASL che utilizzano almeno un canale *web 2.0* sono 80 su 143 (55,9%) nel 2014 (nel 2013 erano il 32% circa). Nel Nord-Ovest è la

Lombardia a registrare il dato più significativo (73,3%); nel Nord-Est, al di là della PA di Bolzano, è l'Emilia-Romagna a registrare il dato più importante (72,7%). Per quanto riguarda il Centro, rispetto al 2013, migliorano i dati di Umbria (in cui ora entrambe le ASL usano almeno un canale *web 2.0*) e Toscana (ora al 50,0%, anche se ancora al di sotto del valore nazionale), mentre si confermano i dati delle Marche e del Lazio (rispettivamente, 100% e 41,7%). Al Sud ed Isole si osserva un deciso miglioramento in Basilicata (100%), Puglia (66,7%), Calabria (60,0%), Campania (57,1%) e Sicilia (44,4%); l'Abruzzo e la Sardegna si sono mantenuti allo stesso livello dell'analisi precedente (50,0% e 25,0%, rispettivamente).

### Assistenza territoriale

A livello nazionale, nel corso del 2012, sono stati assistiti, complessivamente, al proprio domicilio 634.986 pazienti. Il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 1.069 casi (per 100.000), con un incremento del 6,07% rispetto al 2011. Permane, dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale: si va, infatti, da un tasso minimo di 145 assistibili in ADI (per 100.000) della PA di Bolzano ad un valore massimo di 3.009 (per 100.000) dell'Emilia-Romagna, cui seguono Friuli Venezia Giulia e Umbria (2.048 e 1.452 per 100.000, rispettivamente).

Notevoli disomogeneità si riscontrano tra le diverse aree del Paese in riferimento al tasso di assistibili in ADI: si passa, infatti, da un valore di 1.356 (per 100.000) delle regioni settentrionali, ad un tasso di 895 (per 100.000) delle regioni del Centro (in calo rispetto al 2011) e 788 (per 100.000) del Sud ed Isole (in aumento rispetto al 2011).

Una notevole variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: parlando di soggetti di età >65 anni assistiti in ADI si passa da 4,0 casi (per 1.000) nella Valle d'Aosta a 119,4 (per 1.000) casi in Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali, si evidenzia come nelle regioni del Centro vi sia il tasso più elevato (103,5 per 100.000) rispetto al Nord ed al Sud ed Isole (rispettivamente, 88,8 e 103,3 per 100.000). Rispetto al 2011, tali valori risultano in aumento per le regioni del Nord e del Meridione (rispettivamente +7,4% e +21,0%), mentre si registra una sensibile flessione per le regioni del Centro (-14,1%).

Le strutture residenziali di tipo socio-sanitario, forniscono assistenza e cure mediche di lungo periodo a persone in condizione di non autosufficienza o con elevata necessità di tutela sanitaria. La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. I posti letto, destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 312.174 pari a 523,0 (per 100.000 abitanti). La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani (450,9 per 100.000), mentre quote residuali sono rivolte ad utenti con disabilità che hanno con un'età <65 anni (72,1 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, le regioni del Centro si collocano in una posizione intermedia, ad eccezione del Lazio dove si rilevano soltanto 248 posti letto (per 100.000); tra le regioni meridionali, la più bassa dotazione di posti letto si riscontra in Campania e in Calabria (rispettivamente, 113,9 e 149,7 per 100.000).

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 261.259. Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 44.670 (120,7 per 100.000) e 1.488 (14,8 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 per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Trento e Bolzano ed in Valle d'Aosta (rispettivamente, 4.561,7; 4.279,3 e 3.547,7 per 100.000). Nel Sud ed Isole il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania e in Calabria dove risultano ricoverati, rispettivamente, 534,7 e 432,7 anziani (per 100.000), valori fortemente al di sotto del dato nazionale (2.067,0 per 100.000).

L'ospedalizzazione evitabile è una valida misura della qualità dell'assistenza territoriale, in particolare l'indicatore aggiustato "Ospedalizzazione potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito" le regioni con i tassi più bassi sono le Marche, la Basilicata e la Sardegna, mentre quelli più elevati si osservano in Puglia, Lombardia e Veneto.

Riguardo all'ospedalizzazione potenzialmente evitabile per broncopneumopatia cronico ostruttiva le analisi evidenziano che le regioni più virtuose sono la Toscana, il Piemonte e la Valle d'Aosta (dati aggregati), la Campania e la Calabria le peggiori.

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache è più bassa in Toscana, Trentino-Alto Adige e Sardegna, mentre si registrano valori più elevati in Calabria, Molise e Abruzzo.

Il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica è più elevato nelle regioni del Mezzogiorno, ad eccezione di Molise, Basilicata e Sardegna, mentre le regioni del Nord e del Centro

mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al dato italiano.

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica è più elevata nelle regioni del Mezzogiorno, ad eccezione di Molise e Basilicata, mentre le regioni del Nord e del Centro, con l'eccezione della PA di Bolzano e dell'Umbria, mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al dato italiano. Le regioni con i tassi più alti sono la Sicilia (5,45 per 1.000) e l'Abruzzo (5,23 per 1.000).

### Assistenza farmaceutica territoriale

Nel 2013, il consumo farmaceutico territoriale è in aumento rispetto all'anno precedente (+4,8%); sono state prescritte 1.032 dosi di farmaco al giorno per 1.000 abitanti. Nelle farmacie pubbliche e private sono state erogate, complessivamente, circa 1,3 miliardi di confezioni (in media, ventidue confezioni per ogni cittadino), di cui 608 milioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'aumento delle quantità dei farmaci prescritti rispetto all'anno precedente è comune a tutte le regioni con incrementi che variano da +1,4% del Molise a +10,4% della PA di Trento.

Permane una notevole variabilità regionale che, per quel che riguarda il consumo farmaceutico territoriale pesato per età, oscilla tra il valore massimo di 1.190 (Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die) del Lazio a quello di 898 (DDD/1.000 ab die) della Liguria (escludendo la PA di Bolzano che potrebbe rappresentare una realtà non direttamente comparabile con quella di altre regioni). Si osserva un evidente gradiente Nord-Sud ed Isole: quasi tutte le regioni meridionali (ad esclusione di Molise e Basilicata) ed inoltre Umbria e Lazio si attestano al di sopra del valore nazionale di 1.032 (DDD/1.000 ab die). Di particolare rilievo appare la situazione di Lazio e Calabria che, a fronte dei consumi più elevati dell'intero Paese, hanno anche avuto, se si esclude la PA di Trento, i maggiori tassi di crescita, rispettivamente +8,5% e +6,8%.

La popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 70% delle DDD; al contrario, la popolazione entro i 14 anni di età consuma circa l'1,5% delle dosi. È anche interessante come, nel periodo 2010-2013, a fronte di un incremento dei consumi dell'8,4% nella popolazione generale, si osserva una riduzione dei consumi nelle classi di età più giovani ed un incremento anche cospicuo nelle classi di età più anziane, che raggiunge il 42,1% nella classe di età 75 ed oltre. Di fatto, quindi, le classi più anziane non solo hanno il maggior consumo, ma anche la maggiore crescita nei consumi.

Nel 2013, la spesa farmaceutica territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è diminuita del 2,7% rispetto al 2012 e del 10,6% rispetto al 2001. Come già osservato nel 2012, la regione con la spesa pubblica per farmaci di classe A-SSN più elevata è la Sicilia con 235,9€ pro capite, mentre quella con il valore più basso è l'Emilia-Romagna con 145,4€ pro capite (escludendo le PA di Bolzano e Trento). Nell'arco temporale 2010-2013 tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa lorda pro capite con una riduzione, a livello nazionale, del 12,7% (da 215,1€ a 187,7€). In particolare, Calabria, Emilia-Romagna e Liguria hanno avuto riduzioni di spesa pro capite intorno al 19%. La regione con la minore riduzione di spesa nel periodo considerato è la Campania (-5,4%). Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna sono le regioni con la spesa pro capite più alta. Queste regioni sono le stesse che avevano i consumi più elevati di farmaci a carico del SSN.

Nel 2013, il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 1 miliardo e 436 milioni di euro (con un aumento della spesa pro capite di circa il 2% rispetto al 2012 e del 46% circa rispetto al 2010).

La spesa pro capite è stata pari a 24,1€ con un'incidenza sulla spesa farmaceutica lorda pari a 12,8%, il valore più elevato di tutto il periodo 2003-2013. Tra le regioni in cui, nel 2013, era in vigore il ticket imposto dalla Regione, le quote più basse richieste ai cittadini si sono osservate in Toscana (15,3€ pro capite, 10,2%) ed in Emilia Romagna (15,1€ pro capite, 10,4%), le più alte si sono osservate in Sicilia (34,2€ pro capite, 14,5%) e in Campania (35,3€ pro capite, 15,5%).

Nel 2013, il consumo territoriale di farmaci antibiotici a carico del SSN è stato pari a 23,8 (DDD/1.000 ab die), con un aumento del 3,5% rispetto all'anno precedente e dell'8,7% rispetto al 2001. Nel periodo 2012-2013 si assiste ad un incremento, a livello nazionale, del 3,5% che in alcune regioni (Marche e Abruzzo) supera il 7%. La Sardegna è l'unica regione che nel biennio trascorso mostra una flessione nei consumi. Nel periodo 2001-2013, a fronte di un incremento nazionale dell'8,7%, si assiste in alcune regioni ad incrementi considerevoli: +41,9% in Friuli Venezia Giulia, +31,9% in Emilia-Romagna e +28,0% nella PA di Bolzano. Analogamente agli anni precedenti, si osserva un'ampia variabilità regionale nella prescrizione di antibiotici, caratterizzata da un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole. La regione con i maggiori consumi continua ad essere la Campania (33,2 DDD/1.000 ab die), seguita da Puglia (30,4 DDD/1.000 ab die), Calabria (28,6 DDD/1.000 ab die) e Sicilia (27,9 DDD/1.000 ab die), mentre registrano consumi meno elevati il Friuli Venezia Giulia (18,3 DDD/1.000 ab die), la Liguria (17,2 DDD/1.000 ab die) e la PA di Bolzano (15,1 DDD/1.000 ab die). Umbria, Lazio, Marche e tutte le regioni meridionali hanno un consumo superiore al valore nazionale di 23,8 (DDD/1.000 abitanti die), ad eccezione della Sardegna.

### 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.

In tale ottica, la presente Edizione del Rapporto Osservasalute pone maggiore attenzione agli indicatori per cui sono emerse particolari e significative variazioni nel corso degli anni.

La struttura dell'offerta è stata valutata tramite l'analisi della dotazione regionale dei Posti Letto (PL) ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. I dati, relativi al 1 gennaio 2013, hanno rilevato una dotazione di 3,74 PL (per 1.000 residenti), di cui 3,15 (per 1.000) per acuti, 0,16 (per 1.000) per lungodegenza e 0,43 (per 1.000) per riabilitazione. La dotazione di PL per acuti è composta da 2,77 PL (per 1.000) dedicati al ricovero ordinario e 0,38 PL (per 1.000) al ricovero diurno. La dotazione di PL complessiva è vicina e in alcune regioni è inferiore all'obiettivo normativo di 3,7 PL (per 1.000) (Legge n. 135/2012) anche se, generalmente, la componente per acuti risulta sovradimensionata rispetto alla componente riabilitativa e di lungodegenza. I dati presentano un marcato gradiente geografico con una dotazione di PL superiore al valore nazionale e allo standard in tutte le regioni del Nord e del Centro, ad eccezione di Toscana e Umbria, mentre si registra un tasso di PL inferiore al dato nazionale nel Meridione.

Per la dimensione dell'appropriatezza clinica e organizzativa, la percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un netto incremento, passando dal 35,1% del 2010 al 50,2% del 2013 mostrando un aumento di 6,0 punti percentuali solo nell'ultimo anno. Nonostante questo buon risultato i valori registrati rimangono lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida internazionali e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord Europa. Si conferma, inoltre, la forte variabilità regionale con un *range* compreso tra il 16,4% del Molise e valori leggermente al di sopra dell'85% della Valle d'Aosta e della PA di Bolzano.

Nel 2013, si conferma un'elevata variabilità regionale anche per i tassi di ospedalizzazione per le tre procedure ad elevato impatto sociale prese in considerazione (protesi di anca, bypass e angioplastica coronarica). Per i 4 anni considerati (2010-2013) si è assistito ad un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi di anca ed angioplastica e ad una riduzione del tasso di bypass coronarico. Tutti i valori rilevati presentano un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con tassi più elevati al Nord per protesi di anca ed angioplastica.

### Trapianti

Gli indicatori esaminati riguardano l'attività di donazione e *procurement* di trapianto e la valutazione degli esiti. Dopo un decennio di forti incrementi nell'attività di donazione, negli ultimi anni ci si è attestati su un valore di circa 1.100 donatori utilizzati, con un'età mediana dei donatori utilizzati che continua a crescere, passando dai 52 anni del 2002 ai 62 anni del 2013. Nello stesso anno, rispetto al numero registrato degli accertamenti di morte con standard neurologici, le opposizioni sono state il 29,4%. Nel 2012, i più elevati livelli di donatori utilizzati si registrano in Toscana (34,9 Per Milione di Popolazione-PMP), mentre i valori minori si osservano in Molise (3,2 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, per la prima volta negli ultimi anni, l'Emilia-Romagna non è più la regione con la maggior percentuale di trapianti extra regionali (37,9%), perché superata da Veneto, Marche e Toscana (44,5%, 41,7% e 41,6%, rispettivamente).

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. La percentuale di sopravvivenza "Italia" ad 1 anno dal trapianto risulta essere dell'83,1±0,6 per quanto riguarda il paziente e dell'82,6±0,6 per quanto riguarda l'organo. In Emilia-Romagna i valori di sopravvivenza, sia per il paziente che per l'organo, sono superiori al 90%.

### Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

La mortalità riconducibile ai servizi sanitari è un importante indicatore per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortality amenable to health care services", o *amenable mortality*, comprende i "decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure appropriate e tempestive". In altri termini, comprende le "morti attribuibili a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici efficaci".

Dal 2006 al 2011, a livello nazionale, si è assistito a una riduzione del tasso, passato dall'80,87 (per 100.000) del 2006 al 74,92 (per 100.000) del 2011.

La mortalità riconducibile ai servizi sanitari è inferiore al valore nazionale (pari a 75,14 per 100.000) in

8 regioni: Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori significativamente superiori al dato nazionale si registrano, invece, in Lazio, Campania, Calabria e Sicilia.

### **Incidenza, mortalità e prevalenza dei principali tumori: impatto degli interventi di prevenzione primaria e secondaria**

Quest'anno, per la prima volta sono state effettuate le stime di incidenza e prevalenza per le forme tumorali interessate da interventi di prevenzione primaria e secondaria: polmone, colon-retto, mammella e cervice uterina.

Le analisi evidenziano che l'incidenza e la mortalità stimate in Italia per il tumore del polmone presentano andamenti fortemente differenziati tra uomini e donne e non omogenei sul territorio. Negli uomini si osserva una forte riduzione sia dell'incidenza (-23,3%) che della mortalità (-26,8%): rispettivamente, si passa da 76,9 e 65,4 (per 100.000 persone/anno) nel 2003 a 59,0 e 47,9 (per 100.000 persone/anno) nel 2013. Nelle donne, invece, i livelli di incidenza e mortalità, seppure ancora molto inferiori a quelli degli uomini, sono in costante aumento, con un incremento del 17,7% per l'incidenza e del 9,4% per la mortalità tra il 2003 e il 2013. Questi andamenti riflettono pienamente la forte riduzione della prevalenza di fumatori tra gli uomini e il corrispondente incremento tra le donne. I più alti tassi di incidenza di tumore polmonare si stimano in Campania per gli uomini (79,9 per 100.000 persone/anno) e nel Lazio per le donne (31,4 per 100.000 persone/anno). Questi valori sono in linea con gli andamenti temporali della prevalenza dei fumatori osservata negli ultimi 20 anni: la Campania è la regione con la più alta prevalenza di fumatori tra gli uomini e il Lazio tra le donne. La prevalenza del tumore del polmone presenta anch'essa notevoli differenze geografiche e per genere. Negli uomini si stima una diminuzione nelle regioni centro-settentrionali, rispettivamente -10,6% e -3,3%, e un aumento costante nelle regioni meridionali (+25,2%) tanto che nel 2013 è la Campania la regione con la proporzione più elevata (179,8 per 100.000 persone/anno). Nelle donne, invece, si stimano andamenti opposti a quelli stimati negli uomini. La prevalenza aumenta in tutte le aree geografiche, ma in maniera più accentuata nelle regioni del Centro-Nord (incrementi oltre il 50%) e più attenuata nel Sud ed Isole. A differenza degli uomini, sono le donne residenti nelle regioni centrali a presentare livelli più elevati (in particolare nel Lazio: 85,1 per 100.000 persone/anno) negli anni più recenti. Complessivamente, per il 2013, si stimano, in Italia, 92 nuovi casi di tumore del polmone ogni 100.000 uomini e 35 nuovi casi ogni 100.000 donne. Il numero totale di nuove diagnosi è stimato pari a 38.460, di cui 27.440 uomini e 11.020 donne. Il tumore del polmone rappresenta ancora oggi la prima causa di morte per tumore tra gli uomini e nel 2013 i decessi stimati sono 22.830.

Il tumore della mammella è il tumore più diffuso nella popolazione femminile. Nel 2013, si stimano in Italia circa 54.320 nuove diagnosi, ovvero 173 nuovi casi annui ogni 100.000 donne.

Le tendenze del rischio di ammalarsi di cancro al seno stimate tra il 2003 ed il 2013 risultano in crescita (+10,5%) e il tasso standardizzato di incidenza passa da 105,1 a 116,1 (per 100.000 persone/anno). Tali tendenze presentano, però, una forte variabilità geografica. Incrementi più marcati si osservano nelle regioni meridionali (+34,3%), mentre i minori nelle regioni centrali (+7,7%) e in lieve riduzione in quelle settentrionali (-2,3%). I livelli di incidenza nel Sud ed Isole erano, in passato, più bassi rispetto al resto del Paese. Nel 2013 si stimano per il Sud ed Isole (119,8 per 100.000 persone/anno) livelli comparabili con il Centro (123,4 per 100.000 persone/anno) e superiori al Nord (109,5 per 100.000 persone/anno) per cui lo storico vantaggio delle regioni meridionali come zone a minor rischio si va riducendo nel tempo. La prevalenza del tumore della mammella è stimata in aumento in tutte le regioni, ma con velocità di crescita e livelli ben differenziati. Per le regioni meridionali si stima una maggiore velocità di crescita e livelli più bassi rispetto al resto del Paese. Tra il 2003 ed il 2013 le proporzioni di prevalenza standardizzata aumentano, in media, del 59,8% al Sud ed Isole (da 677,5 a 1.082,7 per 100.000 persone/anno) diversamente dalle aree del Centro e del Nord in cui gli incrementi sono più contenuti, rispettivamente del 32,7% (da 1.120,5 a 1.486,6 per 100.000 persone/anno) e 21,3% (da 1.149,1 a 1.393,3 per 100.000 persone/anno). Nel 2013, complessivamente, si stimano 663.800 casi prevalenti di cancro al seno.

L'incidenza del tumore del colon-retto, nel periodo 2003-2013, risulta in leggera crescita negli uomini (+6,5%) e stabile con tendenza alla riduzione nelle donne (-3,3%). I tassi standardizzati di incidenza passano da 65,7 a 70,0 (per 100.000 persone/anno) e da 39,4 a 38,1 (per 100.000 persone/anno), rispettivamente per uomini e donne. Nel 2013, sono stati stimati 113 nuovi casi di tumore coloretale ogni 100.000 uomini e 80 nuovi casi ogni 100.000 donne. Il numero totale di nuove diagnosi è stimato pari a 58.680, di cui 33.650 uomini e 25.030 donne. Le tendenze stimate in Italia non sono omogenee sul territorio. L'incidenza tra gli uomini, seppur in lieve crescita, tende a stabilizzarsi nelle regioni settentrionali e centrali, mentre aumenta più velocemente nelle regioni meridionali (+20,6% in media). Tuttavia, i livelli stimati nel Sud ed Isole (62,7 per 100.000 persone/anno) sono inferiori a quelli del Centro (74,3 per 100.000 persone/anno) e del Nord (73,1 per 100.000 persone/anno). Le regioni meridionali restano sempre le zone a minor rischio del Paese, ma il differenziale con il Centro-Nord si riduce rispetto al passato. Nelle donne, invece, la stabilizzazione del rischio di ammalarsi è comune in tutte le regioni,

con livelli minori al Meridione. La prevalenza per i tumori colorettrali è stimata in crescita in tutte le aree geografiche per entrambi i generi. Le donne hanno livelli e tassi di incremento più bassi rispetto agli uomini. Nelle regioni meridionali si stimano livelli inferiori rispetto al resto del Paese, tuttavia il divario tra Nord e Sud ed Isole si va riducendo. Nel 2013, sono 393.650 le persone che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore colorettrale, di cui 211.920 uomini e 181.730 donne.

Gli andamenti temporali di incidenza e mortalità per il tumore della cervice uterina risultano in forte riduzione in tutto il Paese (oltre il 30%). Tra il 2003 e il 2013 il tasso standardizzato di incidenza si è quasi dimezzato, passando da 5,7 a 3,8 (per 100.000 persone/anno), mentre il tasso standardizzato di mortalità è diminuito da 2,3 a 1,5 (per 100.000 persone/anno). Nel 2013, si stimano 1.580 nuovi casi di tumore del collo dell'utero e circa 720 decessi, ovvero 5 nuovi casi annui ogni 100.000 donne e 2 decessi l'anno ogni 100.000 donne. L'incidenza e la mortalità per cervico-carcinoma stimate sono abbastanza omogenee tra le diverse regioni sia nei livelli che nel tasso di riduzione, con velocità leggermente più accentuata nelle regioni meridionali. Nel 2013, l'incidenza standardizzata stimata è pari a 4,2 (per 100.000 persone/anno) al Nord, 4,0 (per 100.000 persone/anno) al Centro e 3,3 (per 100.000 persone/anno) al Sud ed Isole, mentre la mortalità è praticamente equivalente: 1,4 (per 100.000 persone/anno) per Centro-Nord e 1,6 (per 100.000 persone/anno) per il Meridione.

La prevalenza del tumore della cervice uterina a 15 anni dalla diagnosi è, invece, in riduzione in tutte le regioni e quelle meridionali presentano i valori più bassi. Nel 2013, si stima 17.620 donne abbiano avuto una diagnosi di cervico-carcinoma nell'arco dei precedenti 15 anni.

### Alcune Raccomandazioni di Osservasalute

Le analisi presentate nel Rapporto Osservasalute 2014 evidenziano numerose criticità per le quali il Sistema Sanitario Nazionale dovrebbe intervenire con tempestività.

Tra le principali criticità alle quali porre rimedio si segnala quella legata alla scarsa attenzione alle politiche di prevenzione; infatti, l'aumento dell'incidenza di patologie prevenibili osservato nell'ultimo decennio rende urgente l'aumento delle risorse destinate a questa funzione e una revisione degli strumenti di intervento.

Una seconda criticità da superare è rappresentata dall'assistenza territoriale che non appare ancora in grado di svolgere con efficacia la sua funzione: sono, infatti, troppo elevati i casi di ospedalizzazione prevenibili con una adeguata azione da parte della medicina generale e delle strutture territoriali.

Il sistema sembra ancora imperniato sul trattamento delle patologie acute le quali, per loro definizione, sono episodiche, con esordio improvviso e durata limitata nel tempo e richiedono un'assistenza che viene erogata da centri di secondo livello dotati di tecnologie avanzate e competenze specialistiche.

È necessario, quindi, porre in essere azioni efficaci per far fronte ai bisogni legati all'invecchiamento della popolazione poiché in futuro si dovranno sostenere sempre di più le esigenze di pazienti affetti da patologia cronica e di pazienti non autosufficienti. In particolare, il sistema deve programmare e implementare strategie mirate ad affrontare l'aumento della complessità clinica, assistenziale, funzionale e sociale dei bisogni che il quadro demografico ed epidemiologico futuro prospetta. Assistere in maniera adeguata questi pazienti rende necessaria una trasformazione culturale e di paradigma, a cui devono necessariamente seguire *policy*, programmi e strumenti dedicati.

*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