



**osservatorio**

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

## Rapporto Osservasalute 2011

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

Sintesi a cura della *Dott.ssa Tiziana Sabetta*

## Sintesi Rapporto Osservasalute 2011

L'obiettivo del 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, è di mettere a disposizione di coloro che hanno responsabilità decisionali dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive idonee a migliorare la salute ed a soddisfare bisogni delle popolazioni di riferimento.

I dati analizzati nel Rapporto Osservasalute 2011 evidenziano che lo stato di salute degli italiani risulta complessivamente buono, anche se bisogna incentivare l'offerta di servizi preventivi e di politiche socio-sanitarie *ad hoc* che impediscano ai cittadini di ammalarsi, mentre permangono ed, in alcuni casi si intensificano, le differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne.

Tale eterogeneità è dovuta alla mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali che hanno determinato, in alcune regioni, scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nell'offerta, nell'accesso e nella qualità dei servizi erogati. È per questo che si rilevano situazioni di non adeguata assistenza sanitaria in cui sia l'offerta che la qualità dei servizi risultano carenti e, talvolta, insufficienti a sopperire alle richieste dell'utenza. Queste realtà si riscontrano, principalmente, nel Meridione dove si osservano situazioni di maggiore criticità. Il suddetto scenario risulta aggravato dalle ripercussioni della crisi economica che ha investito e che continua ad investire il nostro Paese influenzando in modo determinante sugli stili di vita e, quindi, sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto di quelli meno abbienti.

Evidente, pertanto, è la necessità ed, in alcuni casi, l'urgenza di intervento da parte di tutte le Istituzioni di settore, sia a livello nazionale che regionale, per evitare o, almeno, cercare di attenuare l'allargamento del differenziale di salute garantendo a tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo *status* socio-economico, un'adeguata ed equa assistenza sanitaria.

Il Rapporto risulta così strutturato:

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

### PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

**Popolazione** - Per valutare la domanda dei servizi socio-sanitari e per adeguare l'offerta locale alle difformità demografiche, sono stati aggiornati (biennio 2009-2010) ed analizzati i dati sulla dinamica della popolazione con sezioni dedicate alle componenti migratorie che, con il tempo, possono modificare il patrimonio nosologico e genetico delle popolazioni interessate, alla fecondità ed alla struttura demografica della popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 anni ed oltre) che è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed al rischio di morire. È stato analizzato anche l'indicatore relativo alla quota di popolazione anziana che vive in un nucleo monofamiliare sul totale della popolazione della stessa fascia di età. Tale indicatore ha evidenziato che, nel 2009, il 28,3% degli over 65 anni vive solo (+0,5 punti percentuali rispetto al 2008) e che le donne rappresentano la maggioranza (38,0% vs 15,1%). Ciò è dovuto sia alla differenza di età fra i coniugi che alla più elevata mortalità maschile che rendono le donne in coppia più a rischio di sperimentare l'evento vedovanza e di vivere sole nell'ultima parte della propria vita.

A livello nazionale si riscontra un tendenziale aumento della popolazione residente imputabile, essenzialmente, alla crescita della componente migratoria. Gli indici esaminati evidenziano le tendenze emerse negli anni precedenti confermando la positività del saldo migratorio grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord, la positività, anche se il valore risulta inferiore rispetto a quello del biennio precedente (2008-2009), del saldo migratorio con l'estero che vede ancora le regioni del Nord e del Centro maggiormente interessate dal fenomeno ed il continuo movimento migratorio interno al Paese, ovvero il movimento in uscita dalle regioni che coinvolge maggiormente il Meridione (escluso l'Abruzzo), in particolare la Basilicata e la Campania. In queste regioni, infatti, il saldo migratorio interno ha raggiunto i valori negativi più elevati (rispettivamente, -3,5% e -2,9%) e le realtà territoriali che principalmente hanno beneficiato di tali spostamenti sono state l'Emilia-Romagna, il Friuli Venezia Giulia, la PA di Trento, la Toscana e l'Umbria.

Nel 2009, relativamente al Tasso di fecondità totale (Tft), si registra un valore inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale ed in diminuzione rispetto all'anno precedente. Il Tft è, infatti, passato da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e le prime stime sul 2010 sembrano confermare questo trend. Nell'anno in esame i valori più alti si registrano in Valle d'Aosta (1,62 figli per donna), nella PA di Trento (1,58 figli per donna) e nella PA di Bolzano (1,55 figli per donna), mentre le regioni che continuano a caratterizzarsi per un Tft decisamente contenuto sono il Molise e la Sardegna (rispettivamente 1,11 e 1,13 figli per donna). Importante è

sottolineare che il comportamento riproduttivo, registrato con riferimento al nostro Paese nel suo complesso, è in parte determinato dal comportamento delle donne italiane ed in parte da quello delle donne straniere. Nello specifico, il Tft delle donne straniere residenti si attesta su livelli superiori (2,23 figli per donna) rispetto a quello che caratterizza le donne con cittadinanza italiana (1,31 figli per donna). In crescita è l'età media delle madri al parto il cui valore nazionale, nel 2009, è pari a 31,8 anni (incremento di 0,7 anni rispetto al 2008). In base alla distribuzione regionale il valore della Sardegna risulta di circa 1 anno superiore a quello registrato per l'Italia nel complesso. La regione in cui, invece, l'età media al parto è più ridotta è la Sicilia (30,4 anni). Così come rilevato per il Tft anche in questo caso il comportamento della popolazione femminile residente non è omogeneo poiché l'età media al parto delle straniere è inferiore (28,0 anni) a quella delle italiane (31,8 anni). La conoscenza di questi indicatori di fecondità permette una più efficace organizzazione delle strutture sanitarie interessate quali, ad esempio, i servizi specialistici di monitoraggio delle gravidanze e di assistenza al parto.

Per quanto riguarda la struttura demografica della popolazione una caratteristica dell'Italia è la forte tendenza all'invecchiamento (una persona di 65 anni ed oltre ogni 5 residenti e poco più di una persona di 75 anni ed oltre ogni 10 residenti). Infatti, il processo di invecchiamento della popolazione risulta piuttosto avanzato in quanto la quota dei giovani sul totale della popolazione è estremamente contenuta, mentre il peso della popolazione "anziana" e "molto anziana" è consistente. Inoltre, in riferimento al rapporto tra generi si evidenzia uno sbilanciamento a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata. Da evidenziare è anche la presenza di residenti stranieri nelle età giovanili e centrali. A livello territoriale la regione caratterizzata da una elevata presenza di anziani è, ormai da tempo, la Liguria, mentre la Campania è la regione dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in una fase meno avanzata. Di conseguenza, in queste suddette regioni dove la domanda di servizi socio-sanitari è alquanto diversificata in base alla diversa struttura demografica residente, anche le strutture di assistenza socio-sanitaria, il piano di programmazione e la conseguente ripartizione delle spese dovrebbe essere altrettanto disuguale.

**Sopravvivenza e mortalità per causa** - Negli ultimi decenni si è assistito, nel nostro Paese, ad incrementi consistenti della sopravvivenza. I progressi nel campo della medicina, la prevenzione, l'aumento dell'istruzione e l'adozione di stili di vita salutari hanno permesso di conseguire successi determinanti per la riduzione dei rischi di morte anche nelle età avanzate della vita.

Per descrivere l'evoluzione della sopravvivenza è stata analizzata la speranza di vita alla nascita ed a 65 anni. Il primo indicatore ha evidenziato che le donne, nell'anno 2010 (dati provvisori), possono aspettarsi di vivere, mediamente, 84,4 anni e gli uomini 79,2 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur risultando ancora consistente (+5,2 anni a favore delle donne). Tra il 2006 ed il 2010, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,8 anni (78,4 vs 79,2 anni), mentre quella femminile è aumentata di 0,4 anni (84,0 vs 84,4). A livello territoriale, l'Italia presenta una situazione con forti differenziali. Infatti, la distanza tra la regione più favorita e quella meno favorita è di 2,4 anni per entrambi i generi. Per gli uomini le Marche, con 80,1 anni di speranza di vita alla nascita, mantengono il primato di regione più longeva, mentre la Campania conserva il primato negativo con una speranza di vita di 77,7 anni. Anche per le donne la situazione di maggiore svantaggio si registra in Campania (83,0 anni) invece ad eccellere è la PA di Bolzano con 85,5 anni. Il secondo indicatore ha evidenziato che le donne, all'età di 65 anni e secondo i dati provvisori del 2010, hanno un'aspettativa di vita, in media, pari a 21,9. Per gli uomini, invece, l'aspettativa di vita a 65 anni è pari a 18,4 anni. Al contrario di quanto osservato per la speranza di vita alla nascita, le Marche sono in testa alla classifica per le donne (22,7 anni), mentre la PA di Bolzano per gli uomini (19,1 anni). La regione più svantaggiata è, ancora una volta e per entrambi i generi, la Campania. Anche per gli anziani, l'aumento della sopravvivenza risulta più marcato per gli uomini rispetto alle donne (0,6 anni di aumento della speranza di vita a 65 anni degli uomini dal 2006 al 2010 vs 0,3 anni delle donne). La distanza tra i due generi, comunque, è ancora ampia e dei 5,2 anni che separano la durata media della vita di donne ed uomini, ben 3,5 anni sono imputabili alle età più avanzate.

Relativamente all'evoluzione della mortalità oltre il primo anno di vita si è osservato, nel periodo 2006-2008, un leggero calo negli uomini (112,56 vs 110,92 per 10.000) ed un minimo aumento nelle donne (68,73 vs 69,46 per 10.000). L'analisi della mortalità per età permette di evidenziare i rischi di morte nelle diverse fasi della vita. Da questo studio è emerso che, per entrambi i generi, la riduzione della mortalità si registra nelle prime tre classi di età considerate (0-18; 19-64 e 65-74 anni) e che negli uomini tale andamento risulta più marcato. Oltre i 75 anni, invece, si osserva una tendenza inversa e l'aumento dei tassi più consistente si registra per le donne. Questi andamenti, che presentano una intensità diversa a seconda dell'età, si osservano anche correlando le fasce di età alle principali cause di morte che le caratterizzano.

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

**Fumo** - Nel 2010, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari a 22,8% e risulta complessivamente stabile negli ultimi anni. Le regioni in cui la percentuale di fumatori risulta maggiore sono il Lazio (26,7%) e la Campania (26,1%), mentre si fuma meno nella PA di Trento (17,9%) ed in Valle d'Aosta (19,8%). Dal confronto con i dati del 2009 non emergono grandi differenze territoriali, anche se si riscontra una leggera prevalenza nell'abitudine al fumo nelle regioni centrali. Lenta, ma in costante crescita, nel periodo compreso tra il 2001 ed il 2010,

è la prevalenza di persone che hanno smesso di fumare (20,2% vs 24,4%). Anche il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è in diminuzione. Il tabagismo, inoltre, è più diffuso nei giovani adulti, in particolare nella fascia di età 25-34 anni (32,3%) e risulta più diffuso fra gli uomini (29,2%) rispetto alle donne (16,9%). Da evidenziare sono i dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori che risultano inversamente distribuiti nei due generi. Infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nel genere femminile (64,7%) rispetto al genere maschile (38,3%), mentre tra gli ex-fumatori gli uomini sono quasi il doppio (30,7%) rispetto alle donne (16,7%).

**Alcol** - In generale, nel 2009, il maggior consumo di alcol si registra in Friuli Venezia Giulia ed in Emilia-Romagna (pari merito 73,9%), mentre la regione con la prevalenza minore è la Sicilia (59,9%). Nello specifico, la prevalenza di consumatori a rischio negli adulti (19-64 anni) presenta una marcata differenza di genere (uomini 20,5%; donne 5,3%). Anche per quanto riguarda le tipologie di consumo a rischio, cioè il *binge drinking* ed il consumo giornaliero eccedentario, si registrano differenze statisticamente significative tra uomini e donne a svantaggio degli uomini.

**Alimenti** - Per valutare la qualità della dieta sono stati analizzati i dati relativi al consumo di alimenti per tipologia. Da questo studio è emerso che, nel 2009, la proporzione di persone che assume almeno “5 o più porzioni al giorno di ortaggi, verdura e frutta” (indicatore obiettivo) (4,8%) presenta una flessione rispetto all’anno precedente (-0,9%) e che il ruolo della ristorazione collettiva (mensa) e commerciale (ristorante/trattoria) influenza positivamente lo stile alimentare globale. Questa flessione, verificatasi in un contesto di crisi economica globale, merita un’attenzione particolare evidenziando ancor più l’importanza di considerare la relazione della qualità della dieta non solo con la prevalenza di sovrappeso ed obesità, ma anche con la distribuzione della popolazione secondo le soglie di povertà.

**Peso ed Attività fisica** - Considerando il periodo 2001-2010 la percentuale di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso o di obesità è aumentata progressivamente (sovrappeso 33,9% vs 35,6%; obesità 8,5% nel vs 10,3%). I dati analizzati e relativi all’anno 2010 evidenziano una prevalenza più alta di persone in eccesso ponderale nelle regioni meridionali (sovrappeso Molise 41,8% e Basilicata 41,0%; obesità Basilicata 12,7% e Puglia 12,3%). Inoltre, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o di obesità cresce con l’aumentare dell’età per poi diminuire lievemente negli anziani e risulta più diffusa tra gli uomini. Le differenze di genere potrebbero essere imputabili, in parte, al diverso comportamento degli uomini e delle donne rispetto alla frequenza del controllo del peso.

Essendo lo stile di vita sedentario responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell’eccesso ponderale, i dati relativi all’attività fisica hanno confermato il gradiente Nord-Sud. Infatti, nelle regioni meridionali la prevalenza di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente inferiore rispetto al Nord. In generale, rispetto al 2001, i dati del 2010 mostrano un andamento positivo poichè, in entrambi i generi, è aumentata la quota di persone che praticano sport in modo continuativo (uomini 23,1% vs 27,7%; donne 15,3% vs 18,1%) ed è diminuita la percentuale di sedentari, in particolare tra le donne (uomini 34,2% vs 33,5%; donne 46,1% vs 42,8%).

**Screening oncologici** - Nel nostro Paese lo sviluppo dei programmi di screening organizzato prosegue con lenta, ma costante crescita. Gli indicatori esaminati, relativi allo screening mammografico, citologico e coloretale, riguardano sia la diffusione dei programmi (esistenza del programma) che la capacità di invito ed i livelli di partecipazione (operatività del programma). Nel 2009, l’estensione teorica, cioè la proporzione della popolazione *target* che vive in un’area in cui è attivo un programma di screening, è pari al 93% per lo screening mammografico, al 77% per lo screening del cervicocarcinoma ed al 59% per lo screening coloretale, mentre l’estensione effettiva, ovvero la proporzione della popolazione *target* realmente oggetto dell’invito, si attesta al 70,7% per lo screening mammografico, al 66% per lo screening del cervicocarcinoma ed al 40% per lo screening coloretale. Le differenze tra l’estensione teorica e l’estensione effettiva sono dovute al fatto che la fase pratica ed operativa di invito risulta la più complessa. Inoltre, confrontando i dati del 2009 con gli anni precedenti si evidenzia, per tutte e tre le tipologie di screening considerati, un incremento progressivo e costante.

**Ambiente** - Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana un ruolo di primo piano è rappresentato dall’ambiente e per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute sono stati esaminati alcuni indicatori relativi ai rifiuti solidi urbani. Al fine di descrivere il potenziale rischio nella popolazione derivante dai rifiuti solidi urbani è stata calcolata la quantità prodotta, il volume smaltito attraverso la discarica controllata e/o l’incenerimento e l’entità del ricorso alla raccolta differenziata.

Nel 2009, la produzione di rifiuti solidi urbani risulta inferiore rispetto all’anno precedente. Nello specifico, a livello di macroaree geografiche, si è registrata una diminuzione pari all’1,6% nel Centro, all’1,4% nel Nord ed allo 0,4% nel Mezzogiorno. Questa riduzione ed inversione di tendenza, dopo un lungo periodo di crescita negli anni precedenti, è dovuta sia all’attivazione di specifiche misure di prevenzione e sia alla crisi economica che, tra il 2008-2009, ha indotto un calo del Prodotto Interno Lordo e della spesa delle famiglie. Anche i dati relativi alla produzione pro capite evidenziano una progressiva diminuzione.

Relativamente alle principali modalità di gestione lo smaltimento in discarica, come quota sulla produzione totale di rifiuti, si è ridotta, dal 2001 al 2009, passando dal 66,7% al 40,6%, ma si conferma ancora come la forma di gestione più diffusa in Italia. Un calo si rileva altresì per quanto riguarda il numero delle discariche. La regione più virtuosa che smaltisce in discarica la quota più bassa di rifiuti prodotti è la Lombardia (6,7%), mentre la Sicilia (88,4%) ed il Molise (87,8%) sono le regioni che presentano le percentuali maggiori. Per quanto riguarda l’altra forma di smaltimento considerata, cioè l’incenerimento, il valore raggiunto a livello nazionale (14,3%), anche se in crescita,

risulta ancora molto al di sotto della media dei principali Paesi europei (20%). Rispetto all'anno precedente, il numero degli impianti di incenerimento operativi sul territorio è rimasto invariato (49 unità) e la maggior parte di essi (57,0%) risulta localizzata nel Nord. Per questo motivo il ricorso all'incenerimento, a livello regionale, ricalca la presenza o meno degli impianti nelle singole regioni.

Anche la raccolta differenziata, nel 2009, continua il trend in aumento raggiungendo una percentuale pari al 33,6% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani (+3,0 punti percentuali rispetto al 2008). La macroarea geografica che ha contribuito maggiormente a tale incremento è il Sud (+4,4%), ma le maggiori percentuali si rilevano nelle regioni settentrionali dove il sistema di raccolta differenziata risulta già sviluppato da diversi anni. Particolarmente virtuose appaiono la PA di Trento (60,6%), il Veneto (57,5%) e la PA di Bolzano (54,5%) che hanno raggiunto l'obiettivo del 50% fissato dalla normativa per il 2009. Molto vicine all'obiettivo sono anche il Friuli Venezia Giulia (49,9%) ed il Piemonte (49,8%).

**Malattie cardio e cerebrovascolari** - Le malattie cardiovascolari (malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari) costituiscono uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica. Esse, infatti, rientrano tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità in quanto, 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. Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

I tassi di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari presentano una marcata differenza di genere risultando più elevati negli uomini. Nello specifico, nel 2009, per le malattie ischemiche del cuore i tassi negli uomini risultano più del doppio rispetto a quelli delle donne, mentre per le malattie cerebrovascolari si registrano valori maggiori di circa il 38%. I tassi più elevati di ospedalizzazione per le malattie ischemiche del cuore si evidenziano in Campania per entrambi i generi (uomini 1.368,4 per 100.000; donne 498,3 per 100.000), mentre per le malattie cerebrovascolari è la PA di Bolzano a presentare i valori più alti sia per gli uomini (876,6 per 100.000) che per le donne (691,0 per 100.000). Complessivamente, per questi gruppi di malattie nel loro complesso, continua il trend in diminuzione.

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce, nel 2008, quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (uomini 14,75 per 10.000; donne 8,22 per 10.000) ed a livello regionale il primato negativo spetta al Molise per gli uomini (18,43 per 10.000) ed alla Campania per le donne (10,54 per 10.000). Le regioni più virtuose, invece, sono la Puglia per il genere maschile (12,38 per 10.000) ed il Piemonte per il genere femminile (6,46 per 10.000). Da evidenziare è il trend in aumento per classe di età. Tale incremento si manifesta maggiormente nelle donne il cui tasso di mortalità risulta 148 volte maggiore nella classe di età più anziana (75 anni ed oltre) rispetto alla classe di età 45-54 anni, mentre negli uomini l'aumento risulta più contenuto (34 volte). Ciò conferma che, nelle donne, l'effetto dell'età è più importante che negli uomini.

**Malattie metaboliche** - La patologia diabetica rappresenta, ormai da anni, un problema sanitario di grande rilevanza e di notevole impatto economico e sociale.

Relativamente all'ospedalizzazione la distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero (Ricovero Ordinario-RO e Day Hospital-DH) mostra che le regioni del Sud e le Isole presentano tassi di dimissione più elevati del valore nazionale (80,06 per 10.000), mentre le regioni del Centro-Nord (ad eccezione della Liguria per il DH) hanno valori più bassi. Considerando separatamente i regimi di ricovero da sottolineare 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 al cittadino diabetico. Rispetto agli anni precedenti si conferma il trend in diminuzione dovuto, probabilmente, ad un complessivo miglioramento della qualità delle cure territoriali. Per quanto riguarda la distribuzione per genere e per ambedue le tipologie di ricovero i tassi risultano maggiori negli uomini.

Una delle principali complicanze croniche del diabete mellito è l'amputazione degli arti inferiori. Infatti, il 60,0% delle persone che ogni anno subiscono un intervento di amputazione ha il diabete. Nel periodo 2001-2008, il tasso di dimissione per amputazione è aumentato (12,0 vs 14,6 per 100.000). Nello specifico, per quanto riguarda le amputazioni maggiori l'andamento è sostanzialmente stabile, mentre si osserva un trend in crescita degli interventi di amputazione minore. Relativamente al genere le amputazioni sono più frequenti fra gli uomini ed il relativo tasso di dimissioni aumenta fortemente con l'età. A livello territoriale non si osserva un gradiente territoriale.

**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.

Nella maggior parte delle regioni l'incidenza dell'infezione da HIV presenta un andamento decrescente rispetto agli anni precedenti, tranne in Puglia e nel Lazio in cui si è registrato un aumento di nuovi casi ed a livello geografico l'incidenza risulta maggiore nelle regioni del Centro-Nord rispetto alle regioni meridionali. Importante è sottolineare il cambiamento che si è registrato negli ultimi 25 anni nella modalità di trasmissione del virus HIV in quanto, la proporzione di casi dovuti allo scambio di siringhe per via endovenosa, è diminuita dal 74,6% del 1985 al 5,4% del 2009, mentre sono aumentati i casi attribuibili a trasmissione sessuale nel loro insieme (7,8% vs 79,0%) per cui i rapporti eterosessuali rappresentano, attualmente, la via di trasmissione più frequente. Per quanto riguarda l'AIDS,

invece, i dati del 2009 confermano l'andamento stabile dell'incidenza e, nella diffusione della malattia, evidente è la persistenza di un gradiente Nord-Sud.

Relativamente alla diffusione di alcune malattie sessuali si osserva, nel periodo 2000-2009, un aumento dell'incidenza per la sifilide (15-24 anni +170,81%; 25-64 anni +196,62%) ed una diminuzione per la gonorrea (15-24 anni -5,22%; 25-64 anni -24,39%).

Tra le infezioni a trasmissione respiratoria, in base ai dati ottenuti dalle notifiche obbligatorie per l'anno 2009, nella classe 0-14 anni le infezioni più diffuse sono risultate la varicella (634,32 casi per 100.000) e la scarlattina (179,54 casi per 100.000), mentre meno frequenti sono la parotite (9,92 casi per 100.000), la pertosse (6,85 casi per 100.000) ed il morbillo (3,83 casi per 100.000). Più contenuto, invece, appare il tasso di incidenza della rosolia (1,31 casi per 100.000). Al contrario, nella classe 15-24 anni, solo la varicella risulta la patologia più frequente (23,64 casi per 100.000). In generale, tutte le infezioni considerate presentano, nel periodo 2000-2009 ed in ambedue le classi di età oggetto dello studio (0-14 e 15-24 anni), un andamento decrescente tranne il morbillo nella fascia 15-24 anni che presenta un aumento del numero di casi (+91,7%). Ciò dimostra che la copertura vaccinale contro il morbillo, pur essendo aumentata, non ha ancora raggiunto i livelli considerati efficaci a contribuire all'eliminazione della malattia.

L'Epatite Virale B presenta un tasso di incidenza in diminuzione ed a livello territoriale i tassi maggiori si registrano nelle regioni centrali e settentrionali. Tale trend riguarda sia gli uomini che le donne e stratificando i dati per età il decremento risulta particolarmente evidente nelle classi destinatarie del programma di vaccinazione obbligatoria (0-14 e 15-24 anni).

Le meningiti batteriche più frequenti in Italia, nel 2009, sono quelle causate da pneumococco con un tasso di incidenza pari a 12,26 (per 1.000.000), seguite dalle meningiti meningococciche (3,11 per 1.000.000) e dalle meningiti da Hib (0,90 per 1.000.000). Da evidenziare è che, nel nostro Paese, l'incidenza delle meningiti batteriche è tra le più basse d'Europa per quanto riguarda i tre agenti eziologici esaminati. L'analisi dell'andamento temporale (1994-2009) evidenzia un aumento esponenziale delle meningiti pneumococciche, (1,89 vs 12,26 per 1.000.000), una sostanziale stabilità delle meningiti meningococciche (2,87 vs 3,11 per 1.000.000) ed un decremento progressivo delle meningiti da Hib (1,50 vs 0,90 per 1.000.000). Infine, a livello territoriale si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud.

**Tumori** - In Italia, circa il 28% dei decessi è dovuto a patologie oncologiche ed, in relazione ai processi di invecchiamento della popolazione, un numero crescente e rilevante di individui ha la probabilità di contrarre la malattia nel corso della vita. Negli ultimi decenni l'epidemiologia dei tumori si è fortemente modificata ed a ciò hanno concorso sia l'introduzione progressiva di efficaci misure terapeutiche che la migliorata attenzione diagnostica quando la malattia è al suo esordio. Per valutare la frequenza dei tumori nelle popolazioni sono stati analizzati i classici indicatori di incidenza, mortalità e prevalenza per classi di età.

Le stime di incidenza indicano che, nel 2010, nella classe 0-64 anni i tumori a più elevata incidenza sono per gli uomini il tumore del colon-retto al Centro-Nord e del polmone al Sud, mentre per le donne il tumore della mammella in tutte le macroaree geografiche. Nella successiva fascia di età (65-74 anni) il tumore del polmone risulta essere ancora il più frequente tra gli uomini del Sud, mentre nel Centro-Nord prevale l'incidenza del tumore della prostata. Per le donne, invece, il tumore della mammella risulta ancora il più frequente in tutte le macroaree. Stessa situazione si riscontra nella classe di età più avanzata (75-84 anni) ad eccezione, per gli uomini meridionali, del tumore del polmone la cui incidenza risulta inferiore rispetto all'incidenza del tumore della prostata.

Per quanto riguarda le stime di mortalità nelle classi di età 0-64 e 65-74 anni il tumore con tasso di mortalità più alto risulta essere il tumore del polmone negli uomini ed il tumore della mammella nelle donne in tutte le macroaree. Nell'ultima fascia di età (75-84 anni), invece, negli uomini la mortalità maggiore è sempre dovuta al tumore del polmone, mentre nella popolazione femminile risulta più elevata la mortalità per il tumore del colon-retto.

Relativamente alla prevalenza per le due prime classi di età considerate (0-44 e 45-59 anni) il tumore del colon-retto è il più prevalente tra gli uomini ed il tumore della mammella tra le donne. Anche nelle altre classi di età (60-74 e 75 anni ed oltre) per le donne la situazione rimane invariata, mentre per gli uomini la prevalenza maggiore si registra per il tumore della prostata. Questa situazione si riscontra in tutte le macroaree geografiche.

**Salute e disabilità** - Partendo dalla consapevolezza che un'efficace programmazione dei sistemi socio-sanitari può essere realizzata solo attraverso una corretta conoscenza della dimensione della popolazione a cui, potenzialmente, i servizi si rivolgono, sono stati aggiornati alcuni indicatori relativi alla disabilità.

In generale, le nuove stime mostrano un aumento della popolazione con disabilità dovuto, prevalentemente, all'incremento della popolazione anziana. Al 1 gennaio 2010 il 5,1% della popolazione italiana di età >6 anni presenta una grave disabilità (persone che non sono in grado di svolgere almeno una delle funzioni della vita quotidiana) ed a livello di distribuzione nelle regioni del Mezzogiorno si osserva una prevalenza maggiore.

Per quanto riguarda la speranza di vita libera da disabilità i dati del 2008 evidenziano che gli uomini a 65 anni presentano un numero medio di anni di vita in assenza di disabilità pari a 14,9 anni, mentre le donne 15,8 anni. Evidente è il gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali che presentano un maggior bisogno di salute. In questa situazione le donne, avendo una speranza di vita maggiore, risultano svantaggiate perché sperimenteranno un numero medio di anni vissuti in condizione di disabilità, durante i quali avranno bisogno di servizi socio-sanitari personalizzati, integrati ed efficienti, più elevato rispetto agli uomini.

È stato aggiornato anche l'indicatore sulla situazione dell'integrazione lavorativa la cui analisi temporale (2003-2009) evidenzia un incremento del numero degli iscritti alle liste di collocamento. Questo incremento si è registrato in tutte le regioni e ciò dimostra sia una maggiore consapevolezza da parte degli aventi diritto che una maggiore presa in carico da parte del sistema di *welfare*. Al fine di verificare l'efficacia dell'iscrizione alle liste di collocamento è stata calcolata la percentuale di domanda soddisfatta. Da questo studio è emerso un netto gradiente territoriale poiché le politiche di inserimento lavorativo delle persone con disabilità nelle regioni del Centro-Sud risultano meno efficaci.

Il Capitolo si conclude con l'indicatore relativo al numero di beneficiari delle prestazioni di disabilità che comprendono gli assegni di invalidità, le indennità di accompagnamento e gli altri benefici pensionistici di natura indennitaria. L'analisi dei dati relativi a questo studio ha evidenziato, nel triennio in esame (2006-2008), una diminuzione del numero di beneficiari di prestazioni pensionistiche di disabilità pari all'1,1%, mentre l'importo medio è aumentato del 7,0%. Gli aumenti riguardano, prevalentemente, la spesa per coloro che sono beneficiari di due o più pensioni e per i percettori delle pensioni di invalidità civile, mentre si osserva una diminuzione della spesa per gli assegni di invalidità e nessuna variazione per le prestazioni indennitarie. Infine, l'analisi per classe di età evidenzia un aumento dei percettori nelle fasce più giovani (0-49 anni) e molto anziane (85 anni ed oltre) ed un decremento nelle restanti classi di età. Gli importi medi, invece, aumentano in ogni fascia di età, con incrementi maggiori nelle classi 65 anni ed oltre.

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

Tra le patologie neurodegenerative sono stati calcolati i ricoveri per Malattia di Alzheimer e Malattia di Parkinson che presentano un trend pressoché stazionario negli anni considerati (11,67 per 10.000 nel 2007 vs 11,15 per 10.000 nel 2009) e stratificando i dati per genere il tasso risulta in tutte le regioni più elevato negli uomini rispetto alle donne, tranne in Sardegna.

Tra le patologie croniche, invece, è stato calcolato il tasso di dimissioni per le malattie alcol correlate che presenta, nel periodo 2007-2009, una riduzione (8,49 vs 7,48 per 10.000). Anche per questa patologia i tassi risultano più elevati per il genere maschile ed in base alla distribuzione per età la fascia maggiormente interessata risulta, per entrambi i generi, la classe 55-64 anni.

Relativamente al consumo di farmaci antipsicotici si evidenzia, nel 2010, un decremento nel loro utilizzo rispetto all'anno precedente (3,01 vs 2,80 DDD/1.000 ab die) confermando, così, il decremento continuo che si osserva dal 2001. Evidente è il gradiente Nord-Sud con alcune regioni meridionali (Abruzzo, Calabria, Sicilia e Sardegna) che presentano valori doppi rispetto a quelle del Nord. Al contrario, i farmaci antidepressivi presentano un aumento del loro utilizzo che interessa indistintamente tutte le regioni. Questa tendenza può essere attribuibile a diversi fattori 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 del dolore. A livello territoriale le regioni del Centro-Nord, in particolare Toscana e Liguria, ma anche la PA di Bolzano, l'Emilia-Romagna e l'Umbria, risultano avere consumi nettamente superiori rispetto a quelle del Sud tra cui l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna dove i consumi si avvicinano a quelli delle regioni settentrionali.

Quest'anno per la prima volta è stato calcolato il tasso di suicidio poiché tale fenomeno è connesso alla salute mentale della popolazione anche se può essere letto come un indicatore di disagio e di mancata coesione ed integrazione sociale. Nel biennio 2007-2008 il tasso annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,26 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre e nel 77,0% dei casi il suicida è un uomo. Importante è sottolineare 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. L'indicatore, inoltre, presenta una variabilità geografica abbastanza marcata con tassi generalmente più elevati nelle regioni del Nord.

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

Per quanto riguarda la rete di offerta dei punti nascita che risulta notevolmente diversificata sul territorio, i dati esaminati evidenziano che oltre il 7,93% dei parti, nel 2009, sono avvenuti in punti nascita con un volume di attività <500 parti annui, cioè in quei punti dove il volume di attività è ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accettabile per le cure perinatali ospedaliere. Dall'analisi di tale fenomeno, non considerando realtà regionali particolari come la Valle d'Aosta e le PA di Trento e Bolzano, emerge un netto gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali che presentano valori nettamente superiori al dato nazionale.

Uno dei dati più allarmanti è la proporzione di Tagli Cesarei anche se, nel 2009, si è registrata una lieve diminuzione (-0,48%) rispetto all'anno precedente. Si evidenzia una spiccata variabilità su base interregionale con valori tendenzialmente più bassi nel Settentrione (PA di Bolzano 23,61%) e più alti nel Meridione (Campania 61,96%). Da sottolineare, inoltre, è il ricorso al Taglio Cesareo all'aumentare dell'età, in particolare nella classe 45 anni ed oltre.

Nel 2009, le Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale risultano presenti in 129 dei 548 punti nascita analizzati e di questi 102 sono collocate in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui, 11 in punti nascita dove hanno luogo 800-999 parti annui e 16 in punti nascita con meno di 800 parti annui. Ciò determina, da un lato la

possibilità che neonati ad alto rischio di vita ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e, dall'altro, un impiego non appropriato di risorse specialistiche e tecnologiche.

Relativamente alla mortalità infantile e neonatale si osservano delle diminuzioni nel corso del tempo. Infatti, il tasso di mortalità infantile, dal 2005 al 2008, è passato da 3,6 a 3,3 (per 1.000 nati vivi), mentre il tasso di mortalità neonatale da 2,6 a 2,4 (per 1.000 nati vivi). Permangono, comunque, importanti differenze geografiche a sfavore del Sud dove si registrano i valori più elevati.

L'ultimo indicatore esaminato riguarda l'Interruzione Volontaria di Gravidanza che evidenzia, dal 2004 al 2009, un calo uniforme e continuo. Tale andamento ha interessato tutte le classi di età ed a livello territoriale i tassi più elevati si registrano in Liguria (10,98 per 1.000) ed in Molise (10,21 per 1.000), mentre i valori minori si riscontrano nella PA di Bolzano (4,89 per 1.000) ed in Sardegna (5,61 per 1.000). Da tenere sotto controllo, inoltre, è il tasso riferito alle minorenni (15-17 anni: 4,1 per 1.000) in quanto, una prevenzione attiva a loro mirata, può essere di aiuto per la futura programmazione del loro progetto di fecondità.

**Salute degli immigrati** - L'analisi dei dati riguardanti la presenza degli stranieri in Italia evidenzia che, al 31 dicembre 2009, il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è pari al 7,0%. L'incidenza della presenza straniera regolare presenta un trend in aumento e risulta molto diversificata a livello territoriale con percentuali più alte nelle regioni settentrionali e centrali e più contenute nel Mezzogiorno. Le comunità più numerose, per entrambi i generi, sono rappresentate da rumeni, albanesi e marocchini.

Da sottolineare è il costante aumento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri sia con uno che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera indipendentemente dalla cittadinanza del padre. Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale della presenza straniera nel nostro Paese. Pertanto, le regioni dove l'incidenza dei nati è più elevata sono quelle del Nord ed in particolare l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. In queste regioni la quota di nati da madre e padre stranieri presenta valori superiori al 21,0%. Al contrario, in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno, la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale (13,6%), ma estremamente moderata.

Per quanto riguarda l'area della salute materno-infantile delle donne straniere, in aumento risultano le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e la classe di età 20-24 anni è quella maggiormente coinvolta. Anche in questo caso le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale della presenza straniera nel territorio italiano. Infatti, le regioni con una quota più elevata di IVG sono, in genere, quelle con una percentuale più elevata di donne straniere residenti e viceversa. Inoltre, essendo la Romania, l'Albania ed il Marocco i primi tre Paesi di provenienza, il 28,5% di tutte le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera sono rumene, seguite dalle donne albanesi con il 6,7% e da quelle marocchine con il 6,1%.

Per valutare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri è stato calcolato il relativo tasso di ospedalizzazione che, nel 2008, risulta pari a 4,7% dell'ospedalizzazione complessiva. Ovviamente, anche la geografia delle dimissioni ospedaliere è fortemente determinata dalla presenza straniera nelle diverse aree territoriali (più consistente al Centro-Nord e meno al Sud). Relativamente al genere si osserva una maggiore ospedalizzazione delle donne rispetto agli uomini per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto, abortività volontaria).

Per misurare il livello di salute della popolazione immigrata è stato calcolato il relativo tasso di mortalità i cui valori regionali, di conseguenza, rispecchiano la distribuzione della popolazione straniera sull'intero territorio e risultano più elevati per gli uomini.

Infine, nel 2008, si conferma la tendenza alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità neonatale ed infantile fra italiani (rispettivamente 2,4 e 3,3 per 1.000) e stranieri (rispettivamente 2,5 e 3,8 per 1.000) nel loro complesso ed analizzando le differenze territoriali evidente è lo svantaggio del Sud.

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

**Assetto economico-finanziario** - In questo Capitolo sono stati presentati i tradizionali indicatori di spesa e disavanzo ed un nuovo indicatore relativo al grado di specializzazione delle Aziende Sanitarie.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL) presenta un trend in aumento e nel 2008 il valore nazionale è pari a 6,87%. A livello regionale l'indicatore mostra delle significative differenze oscillando da un minimo di 5,24% della Lombardia ad un massimo di 10,46% della Campania. Evidente, quindi, è il gradiente Nord-Sud con le regioni meridionali che dedicano quote più elevate del loro PIL, rispetto al resto del Paese, all'assistenza sanitaria.

L'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro capite mostra, a livello nazionale, un aumento, fra il 2009 ed il 2010, passando da 1.821€ a 1.833€ (+0,66%). A livello regionale il valore minore si registra in Sicilia (1.690€), mentre il maggiore nella PA di Bolzano (2.191€). In generale, rispetto all'anno precedente, le regioni del Nord, eccetto la Liguria, hanno aumentato la spesa pro capite così come Basilicata, Puglia, Sicilia e Sardegna per il Sud ed Umbria e Marche per il Centro. Nelle altre regioni, invece, si è verificata una inversione di tendenza.

Nel 2010, il Servizio Sanitario Nazionale si conferma, complessivamente, in disavanzo (39€ pro capite) evidenziando un trend in costante diminuzione. Rispetto agli anni precedenti permangono forti differenze regionali con un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali dove si concentra quasi tutto il deficit.



Il nuovo indicatore misura il grado di specializzazione delle Aziende Sanitarie pubbliche e private che hanno la possibilità di specializzarsi su uno specifico *set* di prestazioni piuttosto che scegliere di erogarle tutte indistintamente. Il valore dell'indice di specializzazione delle Aziende Sanitarie pubbliche è, nel 2009, pari a 487 e nel confronto con l'anno precedente si evidenzia una riduzione non solo a livello nazionale (-5,0%), ma anche in quasi tutte le regioni. Rispetto alle aziende pubbliche, il valore dell'indice delle Aziende Sanitarie private risulta decisamente più elevato (1.845) ed in lieve aumento rispetto all'anno precedente. In generale interessante è la situazione di Lombardia, Lazio e Campania dove, rispetto ai dati nazionali, le aziende pubbliche sono più "specializzate", cioè si focalizzano su una gamma più ristretta di prestazioni, mentre le private sono più "generaliste".

**Assetto istituzionale-organizzativo** - In questo Capitolo sono state affrontate tematiche relative sia agli aspetti economici-finanziari delle risorse umane che svolgono un ruolo cruciale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e sia all'organizzazione del sistema di emergenza/urgenza.

Nel triennio 2007-2009 la spesa pro capite a livello nazionale è cresciuta di 30,1€ passando da 571,6€ a 601,7€. Questa differenza si registra in maniera più o meno accentuata in tutte le regioni. I valori di spesa maggiori si riscontrano nella PA di Bolzano, Valle d'Aoste, PA di Trento e Friuli Venezia Giulia, tutte regioni a statuto speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Lombardia, il Lazio e la Puglia.

L'analisi sulla struttura per età del personale dipendente del SSN ha evidenziato che a livello nazionale, nel 2009, il personale dipendente è composto, prevalentemente, da persone di età compresa tra i 40-59 anni. I dati, inoltre, mostrano che la quota di personale di età  $\geq 60$  anni è superiore a quella di età  $< 30$  anni ed in base alla distribuzione territoriale si registra un marcato divario Nord-Sud. Infatti, nel Nord la percentuale di personale di età  $< 30$  anni è simile a quella relativa al personale di età  $\geq 60$  anni, mentre nelle regioni del Sud prevale la componente di personale di età  $\geq 60$  anni. Analizzando la demografia del personale dipendente importante è sottolineare che il 63,0% è rappresentato da donne ed il 37,0% da uomini e che il personale femminile risulta più giovane.

Relativamente al tasso di compensazione del *turnover*, che è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale, i dati del 2009 mostrano un forte gradiente regionale poiché tutte le regioni del Nord e del Centro (escluso il Lazio) risultano essere ampiamente sopra il dato nazionale (103,1%), mentre per il Sud, ad eccezione di Puglia, Calabria e Sardegna, le regioni presentano valori inferiori a quello nazionale, indicando una situazione di contrazione dell'organico.

L'ultimo indicatore inerente alle risorse umane riguarda il personale a tempo determinato ed il personale con lavoro flessibile che, nel periodo temporale 2007-2009, non presenta sostanziali variazioni. In particolare, nel 2009, il personale a tempo indeterminato rappresenta il 94,4% (con lavoro flessibile il 5,6%) dell'intero personale del SSN ed i valori maggiori (minori con lavoro flessibile) si riscontrano in Veneto ed in Piemonte, mentre i minori (maggiori con lavoro flessibile) si osservano in Valle d'Aosta ed in Sicilia.

Per quanto riguarda l'area relativa all'emergenza/urgenza sono stati calcolati gli indicatori relativi alle centrali operative 118, ai Dipartimenti di Emergenza ed Urgenza ed alle basi di elisoccorso.

Il "118" è il numero telefonico di accesso breve ed universale, a livello nazionale, al quale rispondono le centrali operative che hanno il compito di organizzare e gestire, nell'ambito territoriale di riferimento, le attività di emergenza sanitaria, di garantire il coordinamento di tutti gli interventi, dal momento in cui accade l'evento sino alla collocazione del paziente nella destinazione definitiva, e di attivare la risposta ospedaliera 24 ore su 24. Negli anni presi in considerazione (2001-2010), il numero di centrali operative attive sul territorio nazionale, in relazione alle province, presenta una lieve riduzione (1,00 vs 0,93). A livello territoriale evidente è il gradiente Nord-Sud a svantaggio del Meridione dove, ad eccezione della Campania e della Calabria, si registrano valori inferiori al valore nazionale tra cui particolarmente preoccupante risulta la situazione della Sardegna dove solo un quarto della regione è coperta dalla rete 118.

Le funzioni principali dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) sono quelle di assicurare i primi accertamenti ed interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici necessari alla stabilizzazione del paziente. Nel 2010, i DEA sono 332 ed il bacino di utenza medio risulta pari a 181.935 abitanti. Tale valore rientra nel *range* di riferimento che corrisponde a 100/200 mila abitanti. A livello regionale si riscontrano variazioni che oscillano dai 95.665 abitanti/DEA dell'Abruzzo ai 272.768 abitanti/DEA della Sardegna.

L'elisoccorso rappresenta una importante risorsa del sistema di emergenza/urgenza sanitaria, permettendo il trasporto del paziente critico in piena sicurezza e senza interruzione dell'assistenza, con il vantaggio della copertura anche di zone non raggiungibili altrimenti via terra. Nel 2005, a livello nazionale, sono presenti 44 basi di elisoccorso di cui solo 5 attrezzate per il volo notturno e rispetto all'anno precedente entrambi i valori sono diminuiti. Analizzando la situazione delle singole regioni il Piemonte e la Lombardia presentano il maggior numero di basi (5), seguite dalla Sicilia e dall'Emilia-Romagna (4), mentre totalmente prive risultano l'Umbria, il Molise, la Puglia e la Sardegna. Per quanto riguarda il numero di basi abilitate anche al volo notturno, invece, soltanto la Sicilia, la Toscana ed il Lazio ne sono dotate.

**Assistenza territoriale** - L'assistenza territoriale comprende una serie di servizi rivolti alla comunità che si svolgono in un contesto prevalentemente extra-ospedaliero. Gli indicatori utilizzati riguardano la gestione del paziente non autosufficiente e/o fragile e la gestione del paziente cronico.

In generale, il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è in continua crescita presentando, nel 2009, un incremento del 6,2% rispetto al 2008. Questa tendenza all'aumento del numero di pazienti assistibili in ADI è correlata alla riduzione del tasso di ospedalizzazione. Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale. Si va, infatti, da un tasso minimo di 130 ADI (per 100.000) della PA di Bolzano ad un valore massimo di 2.064 ADI (per 100.000) dell'Emilia-Romagna. Da sottolineare è, in relazione alla percentuale di ADI per pazienti terminali, la marcata differenza fra le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Sud (rispettivamente 89,6%, 86,5% e 61,0%).

Nell'ambito dell'offerta il tasso di posti letto relativo alle tipologie di utenza anziani e disabili è pari a 553,1 (per 100.000). Di questi la maggior parte sono specificatamente dedicati agli anziani (478,4 per 100.000), mentre solo quote residuali risultano destinate ad utenti di età <65 anni con disabilità (74,7 per 100.000). L'analisi territoriale evidenzia, nello specifico, il tasso più elevato per gli anziani nella PA di Trento (867,0 per 100.000) e l'offerta più bassa in Campania (30,7 per 100.000), mentre per quanto riguarda i posti letto dedicati alle persone con disabilità la quota più alta si registra in Molise (166,8 per 100.000) ed il livello più basso in Campania (30,2 per 100.000).

Relativamente ai presidi residenziali gli ospiti anziani rappresentano l'84,0% del totale degli ospiti e, nella maggior parte dei casi, sono non autosufficienti. A livello nazionale il tasso di ospiti anziani non autosufficienti istituzionalizzati è pari a 1.743 (per 100.000) ed i valori maggiori si registrano al Nord, mentre nelle regioni del Sud i tassi si riducono considerevolmente. La dicotomia Nord-Sud si riscontra anche per quanto riguarda gli ospiti minori ed adulti con disabilità. Tale variabilità regionale, che evidenzia un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni settentrionali, risente della distribuzione territoriale dell'offerta residenziale.

Infine, gli indicatori utilizzati per la gestione del paziente cronico, riguardano le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Diabete mellito, Broncopneumopatia ed Insufficienza cardiaca. Per il Diabete mellito si osserva, nel 2009, una saturazione della capacità delle regioni più virtuose di migliorare ulteriormente, mentre prosegue il trend positivo delle altre regioni (meridionali e centrali) con poche eccezioni; per la Broncopneumopatia tutte le regioni, tranne la PA di Bolzano, hanno registrato un miglioramento più evidente nelle regioni centro-settentrionali, mentre per l'Insufficienza cardiaca l'indicatore è aumentato solo in alcune regioni, quasi tutte del Centro-Nord, e diminuito in tutte le altre.

**Assistenza farmaceutica territoriale** - In Italia l'erogazione dei farmaci da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avviene, principalmente, attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica territoriale e l'assistenza farmaceutica ospedaliera. A livello nazionale, regionale ed in molte Aziende Sanitarie Locali (ASL) il consumo dei farmaci erogati a carico del Servizio Sanitario Regionale viene costantemente monitorato attraverso uno specifico sistema informativo in grado di produrre informazioni aggiornate sull'andamento dei consumi e della spesa di ogni tipologia di farmaco erogato. Questo sistema di monitoraggio, attivo dall'anno 2000, pone l'Italia tra i più avanzati Paesi europei, capaci di monitorare in maniera analitica ed in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

Il consumo farmaceutico territoriale risulta in costante aumento e nel 2010 l'incremento è stato del 2,8% rispetto all'anno precedente e del 41,3% rispetto al 2001. A livello nazionale, in termini di consumo, sono state prescritte 952 dosi (per 1.000) di farmaco al giorno ed i valori maggiori si registrano nelle regioni del Centro-Sud. Stratificando i dati per età importante è sottolineare che i soggetti anziani (75 anni ed oltre) consumano, in media, una quantità di farmaci 17 volte superiore ai soggetti di età compresa fra 25-34 anni. Inoltre, l'analisi dei consumi evidenzia che i farmaci maggiormente prescritti riguardano il sistema cardiovascolare (47,4% del consumo totale di farmaci).

Nel 2010, la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN è diminuita dello 0,1% rispetto al 2009, ma rispetto al 2001 è aumentata del 2,5%. Anche nel caso della spesa l'analisi dei dati sulla prescrizione per classe di età nella popolazione mostra che un assistibile di 75 anni ed oltre ha un livello di spesa pro capite superiore di circa 13 volte quello di un individuo di età compresa fra 25-34 anni poichè è proprio l'età il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci. Evidente è il gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali che presentano valori superiori ad dato nazionale (215,1€).

Il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è, dal 2002 al 2010, più che triplicato passando dal 14,0% al 51,5%. Parallelamente, nello stesso periodo, anche la quota di spesa è aumentata dal 7,0% al 30,4%. La regione che ha presentato i maggiori incrementi, sia nell'uso (+45,0 punti percentuali) che nella spesa (+31,0 punti percentuali), è la Toscana. Rispetto al 2009, a livello nazionale, gli incrementi registrati per il consumo e la spesa sono stati, rispettivamente, del 5,3 e del 2,4 punti percentuali.

In generale, per quanto riguarda la spesa per ticket e compartecipazione richiesta ai cittadini, si registra un aumento rispetto a ciascun anno del periodo esaminato (2003-2010) e nel 2010, rispetto al 2003, è aumentata del 46,0% (11,3€ vs 16,5€).

L'analisi sul consumo di antibiotici a carico del SSN, che pone l'Italia tra i Paesi a più elevato consumo in Europa, evidenzia un'ampia variabilità regionale con rilevanti differenze nel ricorso all'uso di tali farmaci tra Nord e Sud. Infatti, nel 2010, la Campania (32,8 DDD/1.000) presenta i valori più alti, mentre i consumi più bassi si registrano nella PA di Bolzano (12,6 DDD/1.000). Infine, analizzando i dati dal 2002 al 2010, i consumi hanno subito un incremento del 4,2% anche se, tra il 2009 ed il 2010, si è osservata un'inversione di tendenza (-7,0%).

**Assistenza ospedaliera** - Per monitorare i cambiamenti e confrontare i risultati ottenuti ed i trend in corso nelle diverse realtà regionali in riferimento agli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale, sono stati analizzati una serie di indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera, l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

La fotografia che emerge analizzando il tasso di ospedalizzazione 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 2008-2009, evidenzia per il tasso complessivo una riduzione del 4,5%, per la modalità di ricovero in RO una riduzione del 2,4% e per il ricovero diurno una riduzione del 9,1%. Nel 2009, il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è pari a 179,4 (per 1.000), di cui 126,4 (per 1.000) in modalità ordinaria e 53,0 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno. In generale, le regioni del Sud, ad eccezione della Sardegna, presentano un tasso complessivo superiore sia allo standard normativo (180 per 1.000) che al valore nazionale, mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione di Lazio, Liguria e PA di Bolzano. Da sottolineare è il superamento del riferimento normativo (36 per 1.000) in tutte le regioni del tasso di ospedalizzazione in DH.

La tendenza alla riduzione è confermata anche dall'indicatore relativo all'analisi delle dimissioni per acuti e dei ricoveri in regime ordinario di riabilitazione, mentre una stabilità si registra per i ricoveri di lungodegenza. Inoltre, stratificando i dati per età, risultano piuttosto alti i tassi di ricovero nelle fasce di età "estreme". A livello regionale si osserva una considerevole variabilità da attribuire, presumibilmente, alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali.

Tra gli indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera sono stati esaminati anche i tassi di dimissione per tipologia di DRG. Da questo studio è emerso che, nel 2009, il tasso per i DRG medici è uguale a 99,5 (per 1.000), di cui il 27,8 (per 1.000) in regime di DH ed il 71,7 (per 1.000) in RO. L'analisi dei dati mostra un evidente gradiente geografico, sia per il RO che per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali ed insulari e, con qualche eccezione, minori nelle regioni centro-settentrionali. Il tasso per i DRG chirurgici, invece, è uguale a 71,2 (per 1.000), di cui il 23,5 (per 1.000) in regime di DH ed il 47,7 (per 1.000) in RO. Rispetto ai DRG medici, la variabilità regionale del tasso dei DRG chirurgici, per entrambi i regimi di ricovero, è sensibilmente inferiore con valori generalmente più alti nelle regioni del Centro-Nord.

Analizzando gli indicatori sull'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura risulta che la degenza media a livello nazionale, nel 2009, è di 6,7 giorni e che, negli ultimi anni (2006-2009), è rimasta sostanzialmente stabile con un lieve decremento nell'ultimo anno considerato. La distribuzione dei valori sull'intero territorio evidenzia un gradiente Nord-Sud, con la tendenza per la maggior parte delle regioni del Nord alla diminuzione. Il valore maggiore, pari a 7,7 giorni, si registra in Valle d'Aosta ed in Veneto, mentre il minore si riscontra in Campania ed in Umbria con, rispettivamente, 6,2 giorni. Al contrario, la Degenza Media PreOperatoria (DMPO), nello stesso arco temporale (2006-2009), presenta una riduzione anche se molto modesta (2,00 vs 1,88 giorni) ed i valori maggiori e superiori al dato nazionale si registrano nel Lazio, in Liguria ed in tutte le regioni meridionali. Inoltre, stratificando i dati per genere, la DMPO risulta maggiore per gli uomini rispetto alle donne.

Tra gli indicatori sull'appropriatezza organizzativa sono state calcolate le dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici che risultano pari, nel 2009, al 34,1%. Tale valore ha subito, dal 2006, una lieve, ma costante riduzione. I dati evidenziano una elevata variabilità regionale ed un evidente gradiente geografico con tutte le regioni del Sud e le Isole che presentano valori al di sopra di quello nazionale (34,1%). La regione con la percentuale più bassa è il Piemonte (24,5%), mentre il valore più alto si registra in Calabria (51,4%).

Per valutare l'appropriatezza organizzativa degli ospedali è stato, inoltre, quantificato l'utilizzo del DH per i DRG a rischio di inapproprietezza. Nel 2009, la percentuale di ricoveri in DH è, a livello nazionale, pari a 47,2% con un *range* di valori compreso tra il 64,9% della Liguria ed il 32,5% del Veneto. In base alla distribuzione territoriale non si evidenzia alcun gradiente poichè la variabilità regionale risulta al quanto disomogenea.

Gli altri indicatori esaminati riguardano gli accessi in DH ed in Day Surgery (DS) ed i ricoveri in DS ed "One Day Surgery". Nel 2009, per quanto riguarda il numero di accessi, si registra a livello nazionale un valore pari a 3,75 accessi in DH ed a 1,58 accessi in DS. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni in DH su cui incidono sia le patologie trattate che le differenti modalità amministrativo-organizzative. Da sottolineare, però, è l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbero essere invece effettuate in ambito ambulatoriale. Relativamente ai ricoveri, nel 2009, la percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in diminuzione rispetto all'anno precedente e si attesta al 45,35%. La variabilità regionale è particolarmente rilevante e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori risultano tendenzialmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord. Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 18,87% delle dimissioni in regime ordinario, presentano una elevata variabilità a livello territoriale.

L'ultimo indicatore presentato e relativo all'appropriatezza clinica ed organizzativa riguarda gli interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore nei pazienti di 65 anni ed oltre. Nell'arco temporale considerato (2001-2009) la percentuale di interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero presenta un lieve incremento (31,2% vs 33,6%), ma i valori risultano ancora troppo bassi rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura. A livello regionale si riscontra una marcata variabilità che va dall'82,8% della PA di Bolzano al 15,8% della Campania.

**Siti web e liste di attesa** - Il fenomeno delle liste di attesa rappresenta uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari poichè compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni e dell'assistenza erogata nei confronti del cittadino pregiudicandone, talvolta, le condizioni di salute e l'efficacia dell'intervento stesso. Questo Capitolo, presentato per la prima volta quest'anno, è dedicato all'analisi dell'utilizzo dei sistemi informativi *online* delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO) che pubblicano sui siti web i dati sui tempi di attesa che intercorrono tra il manifestarsi del bisogno al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed il soddisfacimento dello stesso.

I dati del 2011, relativi ai tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte delle ASL e delle AO, mostrano un gradiente Nord-Sud con una maggiore disponibilità di informazioni sui siti web delle aziende settentrionali anche se con alcune eccezioni. Da sottolineare è l'incremento registrato nell'utilizzo di internet come strumento di informazione sui tempi di attesa, sia dalle ASL che dalle AO, nel periodo temporale in esame (2005-2011) in quanto, in questo arco di tempo, molte aziende che prima non utilizzavano il web si sono tutte dotate di tale servizio.