



osservatorio

nazionale sulla salute nelle regioni italiane

Decimo Rapporto Osservasalute
Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

Sintesi a cura della *Dott.ssa Tiziana Sabetta*

Sintesi Decimo Rapporto Osservasalute

Da oltre 10 anni, l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane continua a monitorare, secondo criteri di scientificità, lo stato di salute della popolazione e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, attualmente, i Servizi Sanitari Regionali con l'obiettivo di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili istituzionali del settore sanitario ed alla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute della popolazione italiana, presenti nel Decimo Rapporto Osservasalute, evidenzia una condizione di benessere fisico dei cittadini complessivamente buona, ma rileva l'urgenza di promuovere l'offerta di servizi preventivi e di politiche socio-sanitarie in grado di assicurare il mantenimento e il miglioramento delle generali condizioni di salute della popolazione. Evidente, però, è il persistente *gap* tra Nord e Sud, sia rispetto alle condizioni di salute e agli stili di vita, sia rispetto all'offerta e alla qualità dei servizi. Tali differenziali si manifestano attraverso una speranza di vita più bassa e con stili di vita meno attenti al benessere fisico da parte dei cittadini meridionali rispetto al resto del Paese. Anche per quanto riguarda l'offerta di servizi si riscontrano differenziali a svantaggio del Sud che si palesano con un'endemica mancanza di strutture spesso insufficienti e poco mirate alle esigenze dell'utenza.

Il suddetto scenario potrebbe essere aggravato dalle ripercussioni della crisi finanziaria globale che ha investito e che continua a colpire il nostro Paese influenzando in modo decisivo sull'accesso alle cure, sugli stili di vita e, di conseguenza, sulle condizioni di salute e sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto di quelli con maggiori problemi economici e senza una rete di aiuto familiare.

In conclusione, occorre mantenere alta l'attenzione da parte di tutte le Istituzioni che si occupano di sanità, a livello nazionale, regionale e locale, sia per non vanificare gli apprezzabili risultati ottenuti in termini di salute e attesa di vita della popolazione, sia per ridurre i differenziali territoriali che ancora persistono nel settore sanitario.

Il Rapporto è così strutturato:

- **91 Core Indicators:** in cui sono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni con l'ausilio di tabelle, grafici e cartogrammi;
- **10 Box:** in cui sono proposti esempi di buone pratiche sperimentate in alcune regioni e pronte per essere eventualmente adattate ad altre realtà regionali;
- **4 Approfondimenti:** in cui alcuni problemi prioritari vengono approfonditi per prospettare possibili soluzioni e che sono pubblicati sul sito 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 2010-2011) e 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 riguardante la quota di popolazione anziana che vive in un nucleo monofamiliare e l'indicatore sul grado d'istruzione della popolazione.

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 sia del saldo migratorio interno grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord che del saldo migratorio con l'estero che vede ancora le regioni settentrionali e centrali maggiormente interessate dal fenomeno. Il continuo movimento migratorio interno al Paese, cioè il movimento in uscita dalle regioni, coinvolge maggiormente il Meridione (escluso l'Abruzzo), in particolare la Basilicata, la Calabria e la Campania. In queste regioni, infatti, il saldo migratorio interno ha raggiunto i valori negativi più elevati (rispettivamente, -3,0; -3,3 e -3,4 per 1.000) 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 il Lazio.

Nel 2011, riguardo 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. In particolare, il processo di ripresa dei livelli di fecondità iniziato dal 1995, quando il Tft raggiunse il suo valore minimo di 1,2 figli per donna, è imputabile sia al comportamento delle straniere sia a un "effetto recupero" delle donne più vicine alla fine dell'età fertile. Negli ultimi anni, però, questo trend appare arrestarsi. Infatti, anche nel 2011, il Tft si mantiene su livelli prossimi a quelli registrati negli ultimi anni (1,39 figli per donna). Nell'anno in esame i valori più alti si registrano nella PA di Bolzano (1,60 figli per donna), nella PA di Trento (1,59 figli per donna) e in Valle d'Aosta (1,57 figli per donna), mentre le regioni che si caratterizzano per un Tft notevolmente contenuto sono la Sardegna, il Molise e la Basilicata (rispettivamente, 1,14; 1,16 e 1,17 figli per donna). Importante è rilevare che il comportamento riproduttivo, registrato con riferimento al nostro Paese nel suo complesso, è in parte determinato dal comportamento delle donne italiane e in parte da quello delle donne straniere. Nello specifico, il Tft delle donne straniere residenti si attesta su livelli superiori (2,04 figli per donna) rispetto a quello che caratterizza le donne con cittadinanza italiana (1,30 figli per donna). In lieve aumento è l'età media delle madri al parto il cui valore nazionale, nel 2011, è pari a 31,4 anni. In particolare, le variazioni

regionali nell'età media delle madri al parto, che misura la cadenza della fecondità, appaiono relativamente contenute raggiungendo il valore massimo in Sardegna (32,3 anni) e il minimo in Sicilia e Campania (rispettivamente, 30,6 e 30,8 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 (28,3 anni) a quella delle italiane (32,0 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 d'invecchiamento della popolazione è avanzato perché la quota dei giovani sul totale della popolazione è molto contenuta, mentre il peso della popolazione "anziana" e "molto anziana" è consistente. Inoltre, con riferimento al rapporto tra generi, si evidenzia uno sbilanciamento a favore delle donne che hanno una sopravvivenza più elevata. Da evidenziare sono anche la presenza di residenti stranieri nelle età giovanili e centrali. A livello territoriale, la regione caratterizzata da un'elevata presenza di anziani è, ormai da qualche tempo, la Liguria, mentre la Campania è la regione dove il processo d'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 differente in base alla diversa struttura demografica residente, anche i servizi di assistenza socio-sanitaria, il piano di programmazione e la conseguente ripartizione delle spese dovrebbero essere altrettanto disuguali.

A proposito della quota di popolazione anziana che vive in un nucleo monofamiliare, i dati hanno evidenziato che, nel 2010, più di 1 anziano ogni 4 vive in un nucleo monocomponente (28,1%) e che le donne rappresentano la maggioranza (37,6% vs 15,1%). Ciò dipende sia dalla differenza di età fra i coniugi che dalla 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.

L'ultimo indicatore esaminato riguarda il grado d'istruzione della popolazione che ha evidenziato, nell'arco temporale 2001-2004, un aumento della quota di popolazione con titoli di studio più elevati. Questo è la causa, soprattutto, del progressivo estinguersi delle generazioni più anziane e meno istruite.

Sopravvivenza e mortalità per causa - Negli ultimi decenni si è assistito, nel nostro Paese, a 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 e a 65 anni. Il primo indicatore ha evidenziato che le donne, nell'anno 2011 (dati provvisori), possono aspettarsi di vivere, mediamente, 84,5 anni e gli uomini 79,4 anni. Si mantiene, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi pur essendo ancora consistente (+5,1 anni a favore delle donne). Tra il 2007 e il 2011, la speranza di vita maschile è aumentata di 0,7 anni (78,7 vs 79,4 anni), mentre quella femminile è aumentata di 0,5 anni (84,0 vs 84,5). 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 2,8 anni per entrambi i generi. Per gli uomini la PA di Bolzano, con 80,5 anni di speranza di vita alla nascita, presenta 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), mentre, a eccellere, è la PA di Bolzano con 85,8 anni. Il secondo indicatore ha evidenziato che le donne, all'età di 65 anni e secondo i dati provvisori del 2011, hanno un'aspettativa di vita, in media, pari a 21,9 anni, mentre per gli uomini è pari a 18,4 anni. Anche per la speranza di vita a 65 anni la PA di Bolzano è in testa alla classifica per uomini e donne (rispettivamente, 19,2 anni e 22,8 anni). La regione più svantaggiata è, invece, ancora una volta e per entrambi i generi, la Campania. Anche per gli anziani l'aumento della sopravvivenza è più marcato per gli uomini (0,5 vs 0,3 anni delle donne dal 2006 al 2010). La distanza tra i due generi, comunque, è ancora ampia e dei 5,1 anni che separano la durata media della vita di donne e uomini, ben 3,5 anni sono imputabili alle età più avanzate.

A proposito dell'evoluzione della mortalità oltre il primo anno di vita, si è osservato, nel periodo 2007-2009, un leggero calo negli uomini (111,85 vs 109,41 per 10.000) e una situazione pressoché stabile per le donne (69,44 vs 69,31 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 gli uomini, la riduzione della mortalità si registra in tutte le classi di età considerate, mentre nelle donne soltanto nelle prime tre (0-18; 19-64 e 65-74 anni). Negli uomini, inoltre, tale andamento è più marcato. L'analisi della mortalità, inoltre, è stata calcolata anche correlando le classi di età ai gruppi di cause più rilevanti per ciascuna di esse.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione - In questa sezione i temi affrontati riguardano i principali comportamenti a rischio della popolazione e la possibilità di riduzione degli stessi.

Fumo - Nel 2011, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 22,3% e risulta, complessivamente, stabile negli ultimi anni. Le regioni in cui si riscontra una maggiore prevalenza di fumatori sono il Lazio (27,2%) e l'Abruzzo (24,0%), mentre i valori minori si osservano in Valle d'Aosta (16,3%) e nella PA di Trento (17,8%). A livello territoriale, in generale, non emergono grandi differenze. Il tabagismo, inoltre, è più diffuso nei giovani adulti, in particolare nella fascia di età 25-34 anni (30,6%) ed è più diffuso fra gli uomini (28,4%) rispetto alle

donne (16,6%). Da evidenziare sono i dati riguardanti i non fumatori e gli ex-fumatori che sono inversamente distribuiti nei due generi. Infatti, esiste una netta prevalenza di non fumatori nel genere femminile (65,1%) rispetto al genere maschile (39,4%), mentre tra gli ex-fumatori gli uomini sono quasi doppi (30,5%) rispetto alle donne (16,7%).

Alcol - Nel 2010, il maggior consumo di alcol si registra nella PA di Bolzano (73,1%) e in Valle d'Aosta (72,0%), mentre la regione con la prevalenza minore è la Campania (58,3%). Nello specifico, la prevalenza di consumatori a rischio presenta una marcata differenza di genere a svantaggio degli uomini. Questa situazione si registra in tutte le classi di età.

Alimenti - Per valutare la qualità della dieta sono stati analizzati i dati che si riferiscono al consumo di alimenti per tipologia. Da questo studio è emerso che, anche nel 2011, la percentuale di popolazione che raggiunge e/o supera il consumo delle "5 o più porzioni al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta" (5+VOF) continua a essere limitata. Inoltre, considerando la relazione tra 5+VOF e gli indicatori dello stile alimentare, in particolare il pranzo e la cena, si osserva che laddove si registrano percentuali più elevate di consumo di 5+VOF, si ha una percentuale minore di persone che pranzano in casa. Questo tipo di associazione, però, va negli anni riducendosi.

Peso e Attività fisica - In Italia, nel 2011, più di un terzo della popolazione adulta (35,8%) è in sovrappeso, mentre 1 persona su 10 è obesa (10,0%); complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale. Una prevalenza più alta di persone in eccesso ponderale si evidenzia nelle regioni meridionali (sovrappeso: Campania 40,1% e Puglia 40,4%; obesità: Basilicata 13,1% e Molise 13,5%). A livello nazionale, i dati del 2011 sono sovrapponibili a quelli del 2010 confermando il trend in aumento degli ultimi 10 anni. Inoltre, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o di obesità cresce con l'aumentare dell'età per poi diminuire, lievemente, negli anziani ed è più diffusa tra gli uomini.

Essendo lo stile di vita sedentario imputabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'eccesso ponderale, i dati che si riferiscono all'attività fisica confermano il gradiente Nord-Sud. Infatti, nelle regioni meridionali la prevalenza di chi dichiara di svolgere attività fisica in maniera continua è nettamente inferiore rispetto al Nord. I dati del 2011 evidenziano, rispetto all'anno precedente e in entrambi i generi, una diminuzione della quota di persone che praticano sport in modo continuo e qualche attività fisica e un aumento della percentuale di sedentari.

Copertura vaccinale - I tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie (Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B) sono uniformemente distribuiti su tutto il territorio con un valore nazionale, nel 2011, di oltre il 96%, ma vi sono ancora alcune regioni in cui non si raggiunge l'obiettivo di copertura del 95% previsto dal Piano Nazionale Vaccini. Da rilevare è la copertura della vaccinazione anti-Morbillo-Rosolia-Parotite che non ha ancora raggiunto il valore ottimale del 95% indicato nel Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, ad eccezione della Sardegna (95,8%), Umbria (94,7%) e Lombardia (94,6%) i cui valori si avvicinano molto all'obiettivo minimo fissato. Essendo il Morbillo e la Rosolia malattie infettive molto contagiose, il mancato raggiungimento della soglia di copertura vaccinale non permette di bloccare la circolazione dei due virus per cui, periodicamente, si registrano piccole epidemie a livello locale che colpiscono la popolazione suscettibile.

Nella stagione 2010-2011, il 17,9% della popolazione ha ricevuto il vaccino antinfluenzale e non si registrano particolari differenze a livello regionale. In quasi tutte le regioni e in tutte le classi di età oggetto dello studio, però, si osserva una notevole diminuzione. Nello specifico, negli ultra 65enni la copertura vaccinale è diminuita di circa 3 punti percentuali rispetto alla stagione precedente e nessuna regione, ad eccezione dell'Umbria (77,2%), ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% previsto per gli anziani.

Screening oncologici - Gli indicatori esaminati, relativi allo screening mammografico, citologico e coloretale, riguardano sia la diffusione dei programmi (esistenza del programma) che la capacità d'invito e i livelli di partecipazione (operatività del programma). Nel 2010, l'estensione teorica, cioè la proporzione della popolazione *target* che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening, è di circa il 92% per lo screening mammografico, intorno all'80% per lo screening del cervicocarcinoma e intorno al 66% per lo screening coloretale che coinvolge entrambi i generi. L'estensione effettiva, invece, cioè la proporzione della popolazione *target* realmente oggetto dell'invito, si attesta al 69% per lo screening mammografico, al 68% per lo screening del cervicocarcinoma e al 51% per lo screening coloretale. Le differenze tra l'estensione teorica ed effettiva sono dovute al fatto che la fase pratica e operativa d'invito è la più complessa. Inoltre, confrontando i dati del 2010 con l'anno precedente, si osserva una lieve flessione nei dati dello screening mammografico, mentre sono presenti un lieve incremento nell'estensione dello screening per il cervicocarcinoma e un incremento più marcato per lo screening del tumore del colon-retto.

Incidenti - Di fondamentale importanza, considerando l'alto numero non solo di morti, ma anche d'invalidi sia temporanei che permanenti, è il monitoraggio degli indicatori sull'incidentalità stradale, lavorativa e domestica.

Il fenomeno dell'incidentalità stradale, che presenta un trend in diminuzione, rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica i cui costi, umani, sociali ed economici, sono elevatissimi. Da evidenziare, è la superiorità dei tassi di mortalità per il genere maschile e a livello regionale il valore più elevato, nel 2009, si registra in Trentino Alto Adige (1,04 per 10.000).

Analizzando gli infortuni e la mortalità sul lavoro evidente sono le differenze regionali. Rispetto al tasso d'infortuni, i valori sono più elevati al Nord (media 2009-2011, PA di Trento 8.953,01 per 100.000), mentre per i casi mortali d'infortuni sul lavoro i valori sono maggiori al Sud e nelle Isole (media 2009-2011, Molise 13,18 per 100.000).

Per quanto riguarda gli incidenti domestici, i più colpiti sono donne, bambini e anziani, cioè chi trascorre più tempo in casa. Tra i bambini (fino a 6 anni) gli incidenti prevalgono tra i maschi, mentre nelle età successive sono le

donne ad essere le più coinvolte, sia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche che per un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione etc.). In generale, tra le donne, il gruppo di popolazione più esposto è rappresentato dalle casalinghe. Oltre alle donne, a rischio sono anche gli anziani (>74 anni). Non si evidenzia alcun gradiente territoriale e, nel 2010, gli incidenti domestici hanno coinvolto 805 mila persone.

Ambiente - Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana, un ruolo di primo piano è rappresentato dall'ambiente. Al fine di descrivere il potenziale rischio nella popolazione derivante dai rifiuti solidi urbani, è stata calcolata l'entità del ricorso alla raccolta differenziata che, nel 2010, continua il trend in aumento raggiungendo una percentuale pari al 35,3% della produzione totale (+1,7 punti percentuali rispetto al 2009). Le regioni settentrionali, dove il sistema di raccolta è già particolarmente sviluppato da anni, sono quelle che hanno mantenuto il primato di più elevata percentuale di raccolta differenziata sui rifiuti solidi urbani prodotti passando dal 48,0% del 2009 al 49,1% del 2010 (+1,1 punti percentuali). Il Centro, però, passando dal 24,9% del 2009 al 27,1% del 2010, fa registrare il maggior incremento percentuale (+2,2 punti percentuali), mentre il Sud e le Isole passano dal 19,1% al 21,2% (+2,1 punti percentuali). Particolarmente virtuose appaiono la PA di Trento (60,8%), il Veneto (58,7%), la PA di Bolzano (54,5%) e il Piemonte (50,7%) che hanno raggiunto l'obiettivo del 50% fissato dalla normativa per il 2009. Molto vicina all'obiettivo è anche il Friuli Venezia Giulia (49,3%).

Le analisi che si riferiscono all'inquinamento da polveri fini evidenziano una forte disomogeneità da non permettere validi confronti regionali poiché le stazioni di rilevamento, nonostante l'aumento rispetto agli anni precedenti (PM₁₀: da 457 nel 2008 a 543 nel 2010; PM_{2,5}: da 76 nel 2008 a 140 nel 2010), risultano insufficienti e presentano una distribuzione non uniforme sull'intero territorio nazionale. Premesso ciò, i dati del 2010, riguardanti sia le concentrazioni medie giornaliere (PM₁₀ e PM_{2,5}) e sia il numero medio di giorni di superamento del valore limite delle polveri fini (PM₁₀), evidenziano una tendenza al miglioramento.

Malattie cardio e cerebrovascolari - Le malattie cardio e cerebrovascolari costituiscono uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica. Esse, infatti, rientrano tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità perché chi sopravvive a 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 essendo più elevati negli uomini. Nello specifico, nel 2010, per le malattie ischemiche del cuore i tassi negli uomini sono 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 1.301,6 per 100.000; donne 468,6 per 100.000), mentre per le malattie cerebrovascolari sono la Campania per gli uomini (820,8 per 100.000) e la PA di Bolzano per le donne (677,9 per 100.000) a presentare i valori più alti. Complessivamente, per questi gruppi di malattie nel loro complesso, continua il trend in diminuzione.

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce, nel 2009, quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (uomini 14,07 per 10.000; donne 7,79 per 10.000) e, a livello regionale, il primato negativo spetta alla Campania per entrambi i generi (uomini 17,13 per 10.000; donne 10,43 per 10.000). Le regioni più virtuose, invece, sono la Sardegna per il genere maschile (11,81 per 10.000) e la Valle d'Aosta per il genere femminile (5,34 per 10.000). Da evidenziare sono, in entrambi i generi, il trend in discesa e l'aumento dei tassi in base all'età. Infatti, negli uomini il tasso di mortalità passa da 3,09 (per 10.000) nella classe di età 45-54 a 114,53 (per 10.000) negli ultra 75enni, mentre nelle donne il tasso cresce da 0,55 (per 10.000) nelle classi di età 45-54 anni a 87,52 (per 10.000) nelle ultra 75enni.

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

A proposito dell'ospedalizzazione, la distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero (Ricovero Ordinario-RO e Day Hospital-DH), mostra che le regioni del Sud e le Isole presentano tassi di dimissione più elevati del valore nazionale (77,00 per 10.000), mentre le regioni del Centro-Nord hanno valori più bassi. Considerando separatamente i regimi di ricovero, da rilevare è che un elevato tasso di ricoveri in DH potrebbe non rappresentare necessariamente una cattiva assistenza territoriale, ma essere dovuto alla particolare organizzazione dell'assistenza al cittadino diabetico. Rispetto agli anni precedenti, si conferma il trend in diminuzione dovuto, probabilmente, a un complessivo miglioramento della qualità delle cure territoriali. Per quanto riguarda la distribuzione per genere, i tassi sono maggiori negli uomini per ambedue le tipologie di ricovero.

Una delle principali complicanze croniche del diabete mellito è l'amputazione degli arti inferiori. Infatti, nel periodo 2001-2010, mediamente, il 60,7% delle persone che ogni anno subiscono un intervento di amputazione ha il diabete. In questo periodo il tasso di dimissione per amputazione è aumentato (12,0 vs 13,3 per 100.000). Nello specifico, per quanto riguarda le amputazioni maggiori, si registra una leggera riduzione (4,3 vs 3,7 per 100.000), mentre si osserva un trend in crescita degli interventi di amputazione minore (7,1 vs 9,2 per 100.000). Inoltre, il tasso

di dimissione aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi e in tutte le classi di età ed è più frequente fra gli uomini. A livello territoriale, non si osserva alcun gradiente.

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 cui, potenzialmente, i servizi si rivolgono, sono stati aggiornati alcuni indicatori riguardanti la disabilità che confermano una eterogeneità territoriale favorita dall'assenza di standard nazionali.

A proposito degli aiuti di tipo economico, gli aiuti forniti dalla rete informale si confermano essere quelli a più ampia diffusione a livello nazionale. Sono, infatti, il 21,5% le famiglie che ricevono questo tipo di supporto, sebbene si registri una riduzione di quasi 10 punti percentuali rispetto al dato del 2003. Anche gli aiuti forniti dalla rete formale, sia essa di tipo pubblico o privato, sono diminuiti: solo il 13,1% e il 12,0% delle famiglie con almeno un componente con disabilità riceve, rispettivamente, un aiuto dalla rete formale di tipo privato e da quella di tipo pubblico rispetto a circa il 15,3% registrato per entrambi gli aiuti nel 2003. Questo basso ricorso agli aiuti formali e informali potrebbe essere imputabile alla situazione economica in cui versa il Paese, con da un lato gli Enti locali che dispongono di risorse economiche limitate e, dall'altro, un minor ricorso alla badante.

Per quanto riguarda la spesa dei Comuni e degli Enti associativi per l'assistenza sociale, nel 2009, si è registrato un aumento del 5,1% rispetto all'anno precedente. A livello territoriale, anche se con qualche eccezione, l'analisi della spesa sociale evidenzia un gradiente Nord-Sud con valori di spesa maggiori nelle regioni del Nord. Questa elevata variabilità territoriale potrebbe essere in parte dovuta a una reale differenza nell'allocatione delle risorse dei Comuni, ma risente anche dei diversi *mix* organizzativi e di erogazione dei servizi scelti dalle singole politiche comunali.

Un lieve aumento (+1,9%), sempre nel 2009 e rispetto all'anno precedente, si è registrato anche per la spesa dei Comuni e degli Enti associati destinati all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, ai *voucher*, agli assegni di cura, ai buoni socio-sanitari e alle strutture residenziali.

L'ultimo indicatore analizzato riguarda le figure professionali messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie Locali e dagli Enti locali per favorire l'integrazione degli alunni con disabilità. La figura professionale maggiormente utilizzata nelle scuole di ogni ordine è l'assistente educativo culturale seguito dal facilitatore della comunicazione, dal personale volontario e dal comunicatore per sordi.

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

Nel complesso, il numero di ricoveri per disturbi psichici continua negli anni a ridursi (uomini: dal 2003 al 2010 -14,4%; donne: dal 2003 al 2010 -12,7%). Sebbene la situazione sia globalmente in miglioramento, permangono differenze ancora molto marcate tra regione e regione. Inoltre, se si considera il tasso di ospedalizzazione nelle tre macroaree, Nord, Centro e Sud e Isole, non emergono differenze sostanziali a livello geografico perché i tassi più elevati, rispetto al valore nazionale, si osservano nelle regioni settentrionali e nel Meridione.

Tra le patologie croniche è stato calcolato il tasso di dimissioni per le malattie alcol correlate che presenta, nel periodo 2007-2010, una riduzione (8,49 vs 7,44 per 10.000). Anche per questa patologia, i tassi sono più elevati per il genere maschile e in base alla distribuzione per età la fascia maggiormente interessata risulta, per entrambi i generi, la classe 55-64 anni.

A proposito del consumo di farmaci antipsicotici (2,80 vs 2,51 DDD/1.000 ab die), si evidenzia, nel 2011, una riduzione nel loro utilizzo rispetto all'anno precedente confermando, così, la diminuzione continua che si osserva dal 2001, ad eccezione del 2009 in cui si è osservato un lieve incremento. Evidente è il gradiente Nord-Sud con alcune regioni meridionali (Abruzzo e Sicilia) che presentano valori molto elevati rispetto al dato nazionale. 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, presentano consumi nettamente superiori rispetto a quelle del Meridione tra cui l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna.

Infine, è stato calcolato il tasso di suicidio che può essere letto come un indicatore di disagio e di mancata coesione e integrazione sociale. Nel biennio 2008-2009, il tasso annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,23 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre e nel 77,0% dei casi il suicida è un uomo. Importante è rilevare che la distribuzione dei tassi per età evidenzia, per entrambi i generi, una crescita all'aumentare dell'età con un incremento marcato, soprattutto per gli uomini, dopo i 65 anni raggiungendo i valori massimi nelle classi di età più anziane. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio raggiunge il dato maggiore nella classe di età 65-69 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. A proposito del trend, dopo il minimo storico raggiunto nel 2006, si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni che ha riguardato soprattutto gli uomini nella fascia di età 25-69 anni.

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

Per quanto riguarda la rete di offerta dei punti nascita che si presenta notevolmente diversa sul territorio, i dati esaminati evidenziano che il 7,37% dei parti, nel 2010, è avvenuto 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 preoccupanti è la proporzione di Tagli Cesarei anche se, dal 2007 (39,29%) al 2010 (38,71%), si evidenzia un trend in lieve, ma in continua, riduzione. Il trend positivo è da imputare, complessivamente, alla riduzione dei TC primari. Diverso, invece, è l'andamento della proporzione dei TC ripetuti con un aumento dell'1,69% nel 2010 rispetto all'anno precedente. Inoltre, su base interregionale si evidenzia una spiccata variabilità con valori tendenzialmente più bassi nel Settentrione (Friuli Venezia Giulia 23,99%) e più alti nel Meridione (Campania 61,72%).

Nel 2010, le Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale sono presenti in 124 dei 528 punti nascita analizzati e di questi 102 è collocata in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui, 12 in punti nascita dove hanno luogo 800-999 parti annui e 10 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.

L'ultimo indicatore esaminato riguarda la Procreazione Medicalmente Assistita e i dati presentati fanno riferimento all'attività del 2010, cioè a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre del 2010. Nel nostro Paese, il 20,9 per 1.000 nati vivi nasce da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita. Tale dato è in lieve aumento rispetto al 2008 (20,1 per 1.000). Fondamentale, inoltre, dal punto di vista della sicurezza delle tecniche, è la riduzione che si è osservata dei parti trigemini, requisito fondamentale per riportare i centri italiani agli stessi standard di sicurezza che si registrano in altri Paesi europei.

Salute degli immigrati - L'analisi dei dati riguardanti la presenza degli stranieri in Italia evidenzia che, al 31 dicembre 2010, il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti è pari al 7,5%. L'incidenza della presenza straniera regolare presenta un trend in aumento ed è molto diversa 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 rilevare è il costante aumento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri con uno e 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, in particolare l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. In queste regioni sia la quota di nati da madre straniera che quella di nati da padre straniero presenta valori superiori al 22%. Al contrario, in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno, la quota di nati con almeno un genitore straniero è inferiore al dato nazionale (13,6%) e molto contenuta.

Tra le malattie infettive è stato analizzato il tasso d'incidenza di AIDS, Tubercolosi (TBC) ed Epatite virale. Nell'arco temporale 1992-2009, la percentuale di casi di AIDS diagnosticati in Italia a cittadini stranieri è passata dal 2,6% al 24,5%. Questo incremento, però, non dipende da un aggravamento dell'epidemia, ma dall'aumento della popolazione immigrata poiché l'andamento dei tassi d'incidenza è in costante diminuzione. Anche per l'incidenza di TBC, i dati analizzati mostrano che nel nostro Paese, negli ultimi 10 anni, il numero di casi in persone nate all'estero è aumentato in modo significativo, parallelamente all'incremento della loro numerosità. Infatti, dal 2003 al 2009, il numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passato dal 37% al 48% del totale dei casi notificati. Infine, a proposito dell'indicatore dell'Epatite virale, si osserva la stessa situazione dei precedenti indicatori e cioè un aumento negli anni (2004: 10,9%; 2010: 17,9%) e, in base al tipo di epatite diagnosticata, oltre l'81% dei casi è attribuibile ai virus A e B. L'epatite C, invece, rappresenta solamente il 4% dei casi negli stranieri, contro quasi il 9% negli italiani.

Per quanto riguarda l'area della salute materno-infantile delle donne straniere, in aumento sono le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), a seguito anche della crescente numerosità della popolazione straniera, 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. Questa tendenza all'aumento (2003 21,2%; 2009 30,0%) induce a fare riflessioni sulle attività di prevenzione che sempre più devono raggiungere questo gruppo di donne, spesso più svantaggiato di altri, nel ricorso ai servizi socio-sanitari.

Per valutare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri è stato calcolato il tasso di ospedalizzazione che, nel 2010, è pari a circa il 5% 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 e nelle Isole). Riguardo al genere, si osserva una maggiore ospedalizzazione delle donne rispetto agli uomini per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto e aborto volontario).

Per misurare il livello di salute della popolazione immigrata è stato calcolato il tasso di mortalità i cui valori regionali, nel 2009, rispecchiano di conseguenza la distribuzione della popolazione straniera sull'intero territorio e sono più elevati per gli uomini (19,51 vs 11,14 per 10.000).

Nell'ultimo indicatore esaminato, relativo alla mortalità neonatale e infantile, si osserva che, nel quinquennio considerato 2005-2009, il tasso di mortalità 0-29 giorni, per gli italiani e per gli stranieri, diminuisce fino al 2008 per poi aumentare lievemente nel 2009 (italiani: 2,5 per 1.000 nati vivi; stranieri: 2,7 per 1.000 nati vivi), mentre il tasso di mortalità <1 anno presenta per gli stranieri un andamento uguale alla mortalità neonatale invece, per gli italiani, diminuisce dal 2005 al 2007 rimanendo stabile fino al 2009 (italiani: 3,3 per 1.000 nati vivi; stranieri: 4,0 per 1.000 nati vivi). Analizzando le differenze territoriali, si osserva lo svantaggio del Meridione, anche se, in alcune regioni del Centro-Nord, si registrano valori superiori al dato nazionale.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Aspetto economico-finanziario - In questa sezione sono stati presentati i tradizionali indicatori di spesa e disavanzo.

La spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL) presenta un trend in aumento, dal 2003 al 2009, passando dal 6,09% al 7,22%. A livello regionale, l'indicatore mostra delle rilevanti differenze oscillando da un minimo di 5,42% della Lombardia a un massimo di 11,02% del Molise. Evidente, quindi, è il gradiente Nord-Sud con tutte le regioni del Meridione che presentano una spesa sul PIL superiore al valore nazionale, mentre le regioni del Centro-Nord, ad eccezione di Liguria e Umbria, presentano una spesa sul PIL inferiore al dato italiano.

La spesa sanitaria pro capite mostra, a livello nazionale, una crescita dell'1,09%, fra il 2010 e il 2011, passando da 1.831€ a 1.851€ e aumenta anche rispetto al 2005 del 12,59%. A livello regionale, in valori assoluti, la spesa per cittadino oscilla da un minimo, registrato in Calabria, di 1.704€ a un massimo di 2.256€ nella PA di Bolzano. In generale, rispetto all'anno precedente, le regioni del Centro-Nord, eccetto Piemonte e Marche, aumentano la spesa pro capite, mentre le regioni meridionali riducono la spesa per cittadino, con l'eccezione di Sardegna, Abruzzo, Basilicata e Sicilia.

Nel 2011, il Servizio Sanitario Nazionale si conferma, complessivamente, in disavanzo (29€ pro capite) evidenziando un trend in costante diminuzione. Rispetto agli anni precedenti, permangono forti differenze regionali con un gradiente Nord-Sud a svantaggio del Meridione, dove si concentra quasi tutto il deficit. Nello specifico, le regioni del Centro-Nord presentano tutte un risultato positivo, con la sola eccezione della Liguria, mentre le regioni del Centro-Sud sono tutte in disavanzo, con la sola eccezione dell'Abruzzo, sebbene molte di loro abbiano, negli ultimi anni, significativamente ridotto le proprie perdite. Le situazioni più critiche continuano a registrarsi nel Lazio (152€) e nel Molise (123€).

Aspetto istituzionale-organizzativo - I temi affrontati riguardano gli aspetti economico-finanziari delle risorse umane, che svolgono un ruolo cruciale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e la disponibilità di tecnologie.

Nel quadriennio 2007-2010, la spesa pro capite a livello nazionale è cresciuta di circa il 6% passando da 571,6€ a 606,9€. Questa differenza si registra in parte accentuata in tutte le regioni, ad eccezione di Lazio, Molise, Campania, Calabria e PA di Bolzano. In generale, le regioni con una spesa per personale dipendente maggiore sono tutte quelle a statuto speciale (PA di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia), mentre le regioni con minore spesa pro capite sono la Lombardia, la Puglia e il Lazio.

L'analisi sulla struttura per età del personale dipendente del SSN ha evidenziato che a livello nazionale, nel 2010, 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 ≥ 60 anni è superiore a quella di età < 30 anni e in base alla distribuzione territoriale si registra un marcato divario Nord-Sud. Infatti, nel Nord è più elevata la percentuale di personale di età < 30 anni, mentre nel Centro-Sud prevale la componente di personale di età ≥ 60 anni (in particolare, in Campania, Molise e Calabria). Analizzando la demografia del personale dipendente, importante è rilevare che il 64,1% è rappresentato da donne e il 35,9% da uomini e che il personale femminile è più giovane.

A proposito del 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 2010 mostrano un divario Nord-Sud con le regioni del Centro-Nord che presentano valori più elevati rispetto alle regioni meridionali.

Per quanto riguarda l'area che si riferisce alle tecnologie, è stata calcolata la disponibilità di apparecchiature TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), TRM (Tomografia a Risonanza Magnetica) e PET (Tomografia a Emissione di Positroni). Evidente è la limitata diffusione della PET e una maggiore diffusione della TAC rispetto alla TRM a livello nazionale ed, in particolare, nelle regioni del Centro-Sud. Inoltre, per quanto riguarda il numero di apparecchiature per milione di abitanti, i dati evidenziano un incremento, ma non sono distribuite e fruibili dalla popolazione in maniera omogenea sull'intero territorio.

Assistenza territoriale - L'assistenza territoriale comprende una serie di servizi rivolti alla comunità che si svolgono in un ambiente 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 2010, un incremento dell'11,7% rispetto al 2009. Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore a livello regionale. Si va, infatti, da un tasso minimo di 141 assistibili in ADI (per 100.000) della PA di Bolzano a un valore massimo di 2.867 (per 100.000) dell'Emilia-Romagna, cui seguono Umbria e Friuli Venezia Giulia (rispettivamente, 2.030 e 1.820 per 100.000). Da rilevare è, riguardo alla percentuale di ADI per pazienti terminali, la marcata differenza fra le regioni del Centro, in cui si registra il tasso più elevato (107,4 per 100.000), rispetto alle regioni del Nord e del Sud e Isole (rispettivamente, 79,7 e 87,7 per 100.000).

Nell'ambito dell'offerta, il tasso di posti letto relativo alle tipologie di utenza anziani e disabili è pari, nel 2010, a 567,8 (per 100.000). Di questi, la maggior parte sono specificatamente dedicati agli anziani (484,3 per 100.000), mentre solo quote residuali sono destinate a utenti di età <65 anni con disabilità (83,5 per 100.000). Nel dettaglio, per gli anziani il tasso più elevato si osserva in Valle d'Aosta (1.387,2 per 100.000) e l'offerta più bassa in Campania (125,6 per 100.000), mentre per quanto riguarda i posti letto dedicati alle persone con disabilità con età <65 anni la quota più alta si registra in Liguria (147,2 per 100.000) e il livello più basso in Puglia (45,1 per 100.000).

Sui presidi residenziali, gli ospiti anziani rappresentano circa l'84% 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 1.727,8 (per 100.000) e i valori maggiori si registrano al Nord, mentre nelle regioni meridionali i tassi si riducono considerevolmente, ad eccezione del Molise. La dicotomia Nord-Sud si riscontra anche per quanto riguarda gli ospiti minori e adulti con disabilità. Tale variabilità regionale, che evidenzia un maggior ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni settentrionali, risente della distribuzione territoriale dell'offerta residenziale.

Gli indicatori utilizzati per la gestione del paziente cronico riguardano le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per Diabete mellito, Broncopneumopatia e Insufficienza cardiaca. Nel 2010, per il Diabete mellito, le regioni con il tasso più basso appartengono alla zona centrale o centro-meridionale del Paese, seguite dalle regioni settentrionali e meridionali; per la Broncopneumopatia, invece, i valori minori si osservano nelle regioni centro-settentrionali, mentre l'assistenza territoriale per l'Insufficienza cardiaca non mostra alcun trend geografico. Quest'anno, sono stati inseriti anche gli indicatori riguardanti le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili, in età pediatrica, per Asma e Gastroenteriti. Per l'Asma si registra, nel periodo 2008-2010, una lieve diminuzione (0,60 vs 0,52 per 1.000) ed il rischio di ricovero è maggiore nella classe di età 1-4 anni. Al contrario, nello stesso arco temporale, il tasso per Gastroenteriti aumenta (2,40 vs 3,96 per 1.000) e il rischio di ricovero, come per l'Asma, è maggiore per le classi di età minori. Infatti, stratificando per fasce di età si nota che i tassi di ospedalizzazione diminuiscono al crescere della classe di età, sia a livello nazionale sia in ogni singola regione, per cui le classi di età maggiormente coinvolte sono 0 e 4-11 anni.

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 e in molte Aziende Sanitarie Locali, il consumo dei farmaci erogati a carico del Servizio Sanitario Regionale è 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 dal 2000, pone il nostro Paese tra i più avanzati Paesi europei, capaci di monitorare in maniera analitica e in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

Il consumo farmaceutico territoriale è in lieve aumento e, nel 2011, l'incremento è stato dell'1,2% rispetto all'anno precedente e del 42,9% rispetto al 2001. A livello nazionale, in termini di consumo, sono state prescritte 963 dosi (per 1.000) di farmaco al dì e i valori maggiori si registrano nelle regioni del Centro-Sud. Stratificando i dati per età, importante è rilevare che i soggetti anziani (75 anni ed oltre) consumano, in media, una quantità di farmaci 19 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 (47,1% del consumo totale di farmaci).

Nel 2011, la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN è diminuita del 5,0% rispetto al 2010 e del 2,7% rispetto al 2001. Questa diminuzione, probabilmente, è causata anche dall'aumento della disponibilità e dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto. 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. L'età, infatti, costituisce il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci e gli anziani hanno un'alta probabilità di assumerne più contemporaneamente, incrementando la possibilità d'interazioni dannose tra principi attivi distinti. Evidente è il gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali, ad eccezione della Basilicata, che presentano valori superiori al dato nazionale (204,3€).

Il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è cresciuto dal 14,0% del 2002 al 55,7% nel 2011. Parallelamente, anche la quota di spesa è aumentata dal 7,0% al 32,2% e la regione che ha presentato i maggiori incrementi, sia nell'uso (+49,4 punti percentuali) che nella spesa (+32,8 punti percentuali), è la Toscana.

Per quanto riguarda la spesa per ticket e compartecipazione richiesta ai cittadini si registra, nel 2011, un aumento, rispetto all'anno precedente, del 34% (valore nazionale: 22,1€ pro capite).

L'analisi sul consumo di antibiotici a carico del SSN evidenzia un'ampia variabilità regionale con rilevanti differenze nel ricorso all'uso di tali farmaci tra Nord e Meridione ed i più alti livelli di consumo si osservano nelle fasce di età estreme (0-4 anni e >55 anni), generalmente considerate anche le fasce di età più fragili. La regione che presenta il valore maggiore è la Campania (31,7 DDD/1.000), mentre i consumi più bassi si registrano nella PA di Bolzano (12,7 DDD/1.000). Inoltre, i consumi di antibiotici sono aumentati, costantemente, nel periodo 2001-2009, mentre, dall'anno 2010, il trend dei consumi comincia a mostrare un'inversione di tendenza. Nel 2011, i consumi nazionali registrano un calo, rispetto all'anno 2010, del 2,2% e rispetto al 2009 del 7,0%. Quest'andamento è osservabile in quasi tutte le regioni.

È stato inserito anche l'indicatore sul consumo e sulla spesa di farmaci antibiotici in ospedale. Nel 2010, il valore nazionale del consumo di tali farmaci in ambito ospedaliero è pari a 6.396 (DDD/1.000 ricoveri in regime ordinario) e si registra un'ampia variabilità tra regioni. Oltre ai consumi totali, si osservano marcate differenze regionali anche nei consumi delle varie classi terapeutiche. Nello specifico, i tre quarti del consumo totale di antibiotici presso le strutture pubbliche sono rappresentati da penicilline (36%), chinoloni (21%) e cefalosporine (17%). Riguardo alla spesa per farmaci antibiotici, il valore è pari a circa 30.000€ a livello nazionale. Anche in questo caso si registra un'ampia variabilità tra le regioni e l'84% della spesa totale è rappresentato da altri antibatterici (38%), dai chinoloni (28%) e da altri antibatterici beta lattamici (18%).

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

La fotografia che emerge analizzando il tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero in entrambe le modalità, cioè sia in Ricovero Ordinario (RO) che in Day Hospital (DH). Nello specifico, l'analisi nel periodo temporale 2007-2010, evidenzia per il tasso complessivo una riduzione dell'11,0%, per la modalità di ricovero in RO una riduzione dell'8,3% e per il ricovero diurno una riduzione del 16,8%. Nel 2010, il tasso standardizzato di ospedalizzazione complessivo a livello nazionale è pari a 172,4 (per 1.000), di cui 122,2 (per 1.000) in modalità ordinaria e 50,2 (per 1.000) in modalità di ricovero diurno. In generale, le regioni del Meridione presentano un tasso complessivo superiore al valore nazionale e alcune anche allo standard normativo (180 per 1.000), mentre quelle del Centro-Nord un tasso inferiore, ad eccezione di Lazio, Liguria, PA di Bolzano, PA di Trento e Valle d'Aosta. Da rilevare, è il superamento del riferimento normativo (36 per 1.000) in tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia.

La tendenza alla riduzione è confermata anche dall'indicatore concernente i tassi di ospedalizzazione in regime ordinario per acuti. Inoltre, stratificando i dati per età, sono piuttosto alti i tassi di ricovero nelle fasce di età "estreme" e, a livello regionale, si osserva una considerevole variabilità a svantaggio delle regioni meridionali da attribuire, presumibilmente, alla diversa progettazione delle reti ospedaliere e dei servizi territoriali. Sostanzialmente stabili, invece, sono i ricoveri in riabilitazione e in lungodegenza.

Tra gli indicatori riguardanti la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera, sono stati esaminati anche i tassi di dimissione per tipologia di *Diagnosis Related Group* (DRG) che sono in diminuzione. Da quest'analisi è emerso che, nel 2010, il tasso per i DRG medici è pari a 95,1 (per 1.000), di cui il 26,3 (per 1.000) in regime di DH e il 68,8 (per 1.000) in RO. L'analisi dei dati mostra un evidente gradiente geografico, sia per il RO sia per il DH, con valori molto più elevati nelle regioni meridionali e insulari e, con qualche eccezione, minori nelle regioni centro-settentrionali. Il tasso per i DRG chirurgici, invece, è uguale a 68,8 (per 1.000), di cui il 22,3 (per 1.000) in regime di DH e il 46,5 (per 1.000) in RO. Rispetto ai DRG medici, i dati regionali del tasso dei DRG chirurgici, per entrambi i regimi di ricovero, non presentano un netto gradiente geografico.

Analizzando gli indicatori sull'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura risulta che la Degenza Media PreOperatoria (DMPO), nell'arco temporale 2006-2010, presenta una modesta riduzione (2,00 vs 1,88 giorni) e i valori maggiori e superiori al dato nazionale si registrano nel Lazio, in Liguria ed in tutte le regioni meridionali, ad eccezione dell'Abruzzo che ha un dato in linea con il valore nazionale. Inoltre, stratificando i dati per genere, la DMPO è maggiore per gli uomini.

Tra gli indicatori sull'appropriatezza organizzativa sono state calcolate le dimissioni con DRG medico dai reparti chirurgici che sono pari, nel 2010, al 33,3%. Tale valore ha subito, dal 2006, una lieve ma costante riduzione. I dati evidenziano un'elevata variabilità regionale e un evidente gradiente geografico con tutte le regioni del Sud e le Isole che presentano valori sopra il dato nazionale. La regione con la percentuale più bassa è il Piemonte (24,7%), mentre il valore più alto si registra in Calabria (48,3%).

Per valutare l'appropriatezza organizzativa degli ospedali è stato, inoltre, quantificato l'utilizzo del DH per i DRG a rischio d'inappropriatezza. Nel 2010, la percentuale di ricoveri in DH è, a livello nazionale, pari a 48,1% con un range di valori compreso tra il 65,0% della Liguria e il 32,1% del Veneto. In base alla distribuzione territoriale non si evidenzia alcun gradiente, poichè la variabilità regionale è al quanto disomogenea.

Gli altri indicatori esaminati riguardano gli accessi in DH e in Day Surgery (DS) ed i ricoveri in DS ed "One Day Surgery". Nel 2010, per quanto riguarda il numero di accessi, si registra a livello nazionale un valore pari a 3,79

accessi in DH e a 1,60 in DS. La distribuzione regionale evidenzia una maggiore variabilità per le prestazioni di tipo medico su cui incidono le patologie trattate e le differenti modalità amministrative. Da rilevare, però, è l'utilizzo, talvolta improprio, della modalità assistenziale di DH per attività che potrebbero essere, invece, effettuate in ambito ambulatoriale. A proposito dei ricoveri, nel 2010, la percentuale di ricoveri in DS sul totale dei ricoveri diurni è in diminuzione rispetto all'anno precedente e si attesta al 45,54%. La variabilità regionale è particolarmente rilevante e denota un utilizzo differente dei regimi assistenziali ospedalieri. In generale, i valori sono tendenzialmente più elevati nelle regioni del Centro-Nord. Anche le dimissioni in "One Day Surgery", che a livello nazionale rappresentano il 18,90% delle dimissioni in regime ordinario, presentano un'elevata variabilità a livello territoriale.

L'ultimo indicatore presentato e relativo all'appropriatezza clinica e organizzativa, riguarda gli interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore nei pazienti di 65 anni ed oltre. Nell'arco temporale considerato (2001-2010) la percentuale d'interventi eseguiti entro 2 giorni dal ricovero presenta un lieve incremento (31,2% vs 35,1%), 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'86,6% della PA di Bolzano al 16,1% della Sicilia.

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

A proposito dell'attività di donazione, particolarmente marcato appare il divario Nord-Sud anche se non esistono ragioni epidemiologiche che possano spiegare tale fenomeno. In generale, i due principali fattori che influenzano il buon esito del processo di donazione, oltre ovviamente all'idoneità clinica, sono la capacità d'identificazione del potenziale donatore all'interno del processo assistenziale e quella del "sistema" di incidere positivamente sulla percentuale di opposizione alla donazione. Nel 2011, i più elevati livelli di donatori utilizzati si registrano in Friuli Venezia Giulia (35,6 Per Milione di Popolazione-PMP) e in Toscana (33,3 PMP), mentre i valori minori si osservano in Molise e Basilicata (rispettivamente, 6,3 e 6,8 PMP).

Il divario regionale tra Centro-Nord e Meridione persiste anche nell'attività di trapianto e nella distribuzione dei centri per tipologia di organo generando una mobilità dei pazienti verso le regioni settentrionali, evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da fuori regione. Nello specifico, l'Emilia-Romagna è la regione con la maggior percentuale di trapianti extra regionali (46,2%).

Per la valutazione degli esiti, sono stati esaminati i dati sulla sopravvivenza dell'organo e del paziente a distanza di 1 e 5 anni dal trapianto. Importante è rilevare che le differenze dei valori della sopravvivenza sono da imputare alle diverse tipologie e alla complessità dei trapianti. Nel dettaglio, i valori della sopravvivenza del paziente a 1 anno risultano superiori all'80% per il trapianto di cuore e fegato (rispettivamente, 83,6% e 85,9%), mentre per il rene si registra un valore pari al 97,1% e per il midollo osseo un valore del 57,7%.

Mortalità evitabile - Per le valutazioni di un Servizio Sanitario Nazionale, grande interesse riscuote l'indicatore sulla mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari, cioè i decessi considerati prematuri che non dovrebbero verificarsi alla presenza di cure efficaci e tempestive o come morti attribuibili a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficace. Questo indicatore permette di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e di verificarne, nel tempo, il successo.

I dati analizzati evidenziano, nel periodo 2006-2009, una lieve riduzione del tasso (63,86 vs 61,69 per 100.000) e valori più elevati nella popolazione maschile. In generale, a livello territoriale, le regioni che presentano la peggiore *performance* in tutti gli anni considerati sono la Calabria, la Campania e la Sicilia.

Valutazione di alcune dimensioni della performance sanitaria - Le dimensioni considerate per la valutazione della *performance* sono l'efficienza, l'appropriatezza, l'efficacia e la soddisfazione e accessibilità.

L'efficienza si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio. Rispetto a questa specifica dimensione, le regioni più virtuose sono, sostanzialmente, quelle del Centro-Nord, ma con alcune eccezioni (Liguria, Lazio, Marche e Piemonte presentano livelli bassi o medio-bassi).

Rispetto all'appropriatezza, le regioni con i livelli più alti sono, prevalentemente, quelle del Nord, ad eccezione dell'Emilia-Romagna. Un livello alto si registra anche nelle Marche. Fanalino di coda della graduatoria, con livelli bassi e medio-bassi, sono le regioni del Mezzogiorno, l'Umbria e il Lazio.

Le regioni eccellenti rispetto alla dimensione dell'efficacia sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Trento, la Liguria e la Toscana. Valori medio-alti, invece, si osservano in alcune regioni del Centro-Nord e in Basilicata. Agli ultimi posti della graduatoria troviamo il Mezzogiorno in compagnia della PA di Bolzano, della Lombardia e del Friuli Venezia Giulia che sono le uniche regioni del Nord a collocarsi a un livello medio-basso.

Infine, le regioni con un livello di soddisfazione e accessibilità più elevata sono la PA di Bolzano, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e le Marche. Al contrario, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, la Campania e l'Umbria si collocano nella parte più bassa della graduatoria. Al tradizionale gradiente Nord-Sud fa eccezione la Sardegna che si pone a un livello medio-alto e il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana che presentano livelli medio-bassi.