

NOTA STAMPA

ROMA, 10 APRILE 2017

Rapporto Osservasalute 2016 – Sintesi per la stampa

Le malattie croniche affliggono quasi 4 italiani su 10. Non è stata risolta la “questione Meridionale” e si sono acuiti i divari sociali.

In Italia un esercito di malati cronici - cui sono prescritti tanti farmaci e che spesso vanno dal medico - causa di un peso gravosissimo per la sostenibilità del SSN.

Nel Rapporto Osservasalute 2016 si segnala l'aumento del divario Nord-Sud, con riflessi pesantissimi anche sull'aspettativa di vita. Il Sud dispone di minori risorse economiche, è gravato dalla scarsa disponibilità di servizi sanitari e di efficaci politiche di prevenzione. Questa disparità di accesso all'assistenza si riflette in modo sempre più evidente sulla salute delle persone: al Sud è molto più alta la mortalità prematura sotto i 70 anni di vita, indicativo secondo l'OMS dell'efficacia dei servizi sanitari. Una popolazione sempre più vecchia, con diminuzione di nascite sotto il tasso di sostituzione, ma si riduce il numero dei centenari. Incoraggia il miglioramento degli stili di vita, anche se timido, ma sono in aumento i consumatori di alcolici.

Roma, 10 aprile 2017 - La salute degli italiani, sebbene ancora resiliente agli effetti di cattivi stili di vita e ritardi in prevenzione, è a rischio. Nel nostro Paese, 'complice' anche l'invecchiamento della popolazione, sono in aumento le malattie croniche, che riguardano quasi 4 italiani su 10 (fonte Istat 2016) pari a circa 23,6 milioni, e che 'succhiano' molte risorse al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infatti, ai malati cronici sono destinate gran parte delle ricette per farmaci e sono loro che affollano più spesso le sale d'attesa degli studi dei medici di famiglia: analizzando le principali patologie croniche (ossia: ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, BPCO, asma bronchiale, osteoartrosi, disturbi tiroidei - con l'eccezione dei tumori tiroidei) emerge che, nel 2015, il 23,7% dei pazienti adulti in carico alla Medicina Generale (249.887 pazienti su un totale di 1.054.376 soggetti) presentava contemporaneamente 2 o più condizioni croniche tra quelle prima elencate. Questo dato mostra un trend in preoccupante crescita, salendo dal 21,9% nel 2011 al 23,7% nel 2015. Inoltre, nel 2015 il 72,1% delle persone con almeno 2 patologie croniche concomitanti risulta essere in politerapia farmacologica, ossia assume quotidianamente 5 o più farmaci differenti. Infine, i pazienti con multicronicità, nel 2015, hanno generato il 55% dei contatti (ovvero tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di una indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il Medico di Medicina Generale-MMG registra nella cartella clinica informatizzata) con i MMG.

Le malattie croniche riflettono anche i divari sociali del Paese: un esempio su tutti è la prevalenza di cronicità che nella classe di età 25-44 anni ammonta al 4%, ma mentre tra i laureati è del 3,4%, nella popolazione con il livello di istruzione più basso e pari al 5,7%.

Dallo scenario delle cronicità dipende molto anche il futuro stesso della sostenibilità del SSN, messo già a dura prova da forti difficoltà economiche legate ai vincoli di bilancio imposti all'intero settore pubblico per il rispetto delle regole del Trattato di Maastricht e, successivamente, alla crisi economica dell'Unione Europea e di gran parte dei Paesi occidentali. A questa congiuntura sfavorevole si è aggiunta una forte pressione sul sistema, determinata dall'aumento della domanda di assistenza sanitaria dovuto all'invecchiamento della popolazione, purtroppo non sempre in buona salute, e dai costi di produzione determinati anche dall'innovazione scientifica e tecnologica molto forte nel settore della sanità.

Purtroppo il Rapporto Osservasalute 2016 evidenzia importanti e crescenti divari territoriali con il gradiente Nord-Sud; gli squilibri sono notevoli rispetto alle risorse disponibili (per esempio la spesa sanitaria pro capite, che si attesta mediamente a 1.838€, è molto più elevata nella PA di Bolzano - 2.255€ - e decisamente inferiore nel Mezzogiorno, in particolare in Calabria - 1.725€). Questi divari si riflettono sulle condizioni di salute e sull'aspettativa di vita dei cittadini italiani di Nord, Centro e Sud Italia a vantaggio degli abitanti delle prime due zone del Paese.

Rispetto alle condizioni di salute, le diseguaglianze territoriali sono evidenti. Per fare alcuni esempi: nel 2015, in Italia, ogni cittadino può sperare di vivere, mediamente, 82,3 anni (uomini 80,1; donne 84,6); nella PA di Trento la sopravvivenza sale a 83,5 anni (uomini 81,2; donne 85,8), mentre un cittadino che risiede in Campania ha un'aspettativa di vita di soli 80,5 anni (uomini 78,3; donne 82,8).

Inoltre, il Mezzogiorno resta indietro anche sul fronte della riduzione della mortalità; infatti negli ultimi 15 anni questa è diminuita in tutto il Paese, ma tale riduzione, soprattutto per gli uomini, non ha interessato tutte le regioni: è stata del 27% al Nord, del 22% al Centro e del 20% al Sud ed Isole.

E ancora, analizzando la mortalità sotto i 70 anni, considerata dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) un indicatore dell'efficacia dei sistemi sanitari, si osserva che i divari territoriali non solo sono persistenti, ma seguono un trend in crescita.

Infatti, dal 1995 al 2013, rispetto alla media nazionale nel Nord la mortalità sotto i 70 anni è in diminuzione in quasi tutte le regioni (fanno eccezione la PA di Trento e la Liguria); nelle regioni del Centro essa si mantiene sotto il valore nazionale con un trend per lo più stazionario (a eccezione del Lazio dove la mortalità è aumentata); nelle regioni del Mezzogiorno il trend è in sensibile aumento, facendo perdere ai cittadini di questa area del Paese i guadagni maturati nell'immediato dopoguerra.

Le evidenti disparità di salute potrebbero anche essere una conseguenza delle politiche e delle scelte allocative delle regioni: per esempio, gli screening oncologici coprono la quasi totalità della popolazione in Lombardia, ma appena il 30% dei residenti in Calabria. La carenza di risorse, comunque, non basta a spiegare le differenze tra Nord-Sud ed Isole del nostro Paese; infatti, osservando l'indicatore sulle risorse disponibili in termini di finanziamento pro capite emerge che molte regioni del Nord migliorano la loro *performance* senza aumentare la spesa. Per contro, alcune regioni del Mezzogiorno, alle quali si aggiunge il Lazio, peggiorano la *performance* pur aumentando le risorse disponibili rispetto al dato nazionale.

Gli altri elementi evidenziati nel Rapporto Osservasalute riferiscono di una realtà italiana alle prese con una popolazione sempre più vecchia, con diminuzione di nascite sotto il tasso di sostituzione. Gli stili di vita non migliorano, mentre peggiora la prevenzione.

Di seguito alcune evidenze di Osservasalute 2016 relative alla popolazione italiana.

- **Diminuisce il numero degli abitanti del nostro Paese, oltre un italiano su cinque ha più di 65 anni** - Per la prima volta negli ultimi decenni si assiste alla diminuzione della popolazione residente.
- **Si riducono gli ultracentenari** - Si assiste a una lieve diminuzione della popolazione ultracentenaria, probabilmente imputabile all'eccesso di mortalità che ha caratterizzato il 2015. Al 1 gennaio 2016, più di tre residenti su 10.000 hanno 100 anni ed oltre.
- **Mortalità ridotta in 11 anni, cambiano le cause dei decessi, meno morti per problemi di cuore** - A livello generale, i trend di mortalità nel periodo analizzato sono decisamente in diminuzione per entrambi i generi: si parte da un tasso di 141,4 per 10.000 uomini del 2003 (che si ricorda essere stato un anno di eccezionale incidenza del fenomeno a causa del caldo eccessivo) e si arriva a 107,8 per 10.000 nel 2014; analogamente per le donne, si passa da un tasso di 90,2 per 10.000 del 2003 a 69,8 per 10.000 nel 2014.
- **Si muore di più per malattie psichiche e infettive** - In un quadro di riduzione generalizzata dei rischi per tutte le principali cause, meritano di essere evidenziati gli incrementi che, invece, si registrano per i disturbi psichici e alcune malattie infettive e parassitarie, sia per gli uomini sia per le donne. Tra il 2003 e il 2014, il tasso standardizzato di mortalità per disturbi psichici passa da 1,8 a 2,4 per 10.000 per entrambi i generi. Analogamente, la mortalità per malattie infettive e parassitarie fa registrare un incremento del 50% circa che ha interessato, principalmente, fasce di popolazione più anziana. All'interno del gruppo delle malattie infettive e parassitarie la setticemia e la maggiore causa responsabile dell'incremento osservato.
- **Stabile la quota di italiani sovrappeso e obesi** - Nel 2015, più di un terzo della popolazione adulta (35,3% vs 36,2% del 2014) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (9,8% vs 10,2% del 2014); complessivamente, il 45.1% (46,4% nel 2014) dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale.
- **Alcolici, diminuiscono i non consumatori** - Si riduce la percentuale dei non consumatori (astemi e astinenti negli ultimi 12 mesi), pari al 34,8% (nel 2014 era il 35,6%) degli individui di età > 11 anni. A livello territoriale l'unica regione in cui si rileva un incremento dei non consumatori è il **Friuli Venezia Giulia** (+4,6 punti percentuali), mentre delle diminuzioni statisticamente significative si registrano in **Emilia-Romagna** (-3,3 punti percentuali), **Toscana** (-5,0 punti percentuali) e **Abruzzo** (-4,2 punti percentuali). La regione con il più basso valore di prevalenza dei

non consumatori resta anche nel 2015 la **PA di Bolzano** (25,8%), mentre i valori più elevati si registrano in **Campania** (42,1%) e **Sicilia** (42,3%).

- **Aumentano le donne consumatrici a rischio** - La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2015, è pari al 23% per gli uomini e al 9,0% per le donne (che nel 2014 erano l'8,2%). I consumatori a rischio, maschi, restano sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente.
- **Scende la mortalità riconducibile ai servizi sanitari, ma ancora troppe disparità tra Nord e Sud** - Rispetto al biennio 2010-2011, negli anni 2012-2013 il tasso standardizzato di *amenable mortality* è passato da 75,14 a 72,93 per 100.000, pari a una diminuzione del 3,03%. Le regioni con il più forte decremento sono la **Valle d'Aosta** (-14,74%), la **PA di Trento** (-10,59%) e il **Molise** (-10,14%), mentre le regioni con il decremento più lieve sono il **Lazio** (-0,50%) e la **Calabria** (-0,54%). Unica eccezione in Italia è l'**Umbria**, il cui tasso è salito da 65,75 a 68,31 per 100.000 (+3,90%). La mortalità è inferiore al valore nazionale (72,93 per 100.000) in 8 regioni: **Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche**. **Valori significativamente superiori al dato nazionale si registrano, invece, in 5 regioni: Piemonte, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia**. I valori più bassi e più alti si registrano, rispettivamente, nella **PA di Trento** (57,47 per 100.000) e in **Campania** (91,32 per 100.000). Questo *pattern* geografico ricalca fedelmente quello del biennio 2010-2011.
- **Spesa privata dei cittadini per la salute in aumento, specie al Sud** - Nel periodo 2001-2014, la spesa sanitaria privata pro capite è cresciuta passando da 449,3€ a 553,1€ con un incremento medio annuo dell'1,61%. Il suo valore è, comunque, inferiore rispetto ai valori degli altri Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico. Tutte le regioni del Sud e le Isole incrementano la spesa sanitaria privata con valori che oscillano fra +1,74% annui in **Campania** e +3,53% annui in **Basilicata**. Le regioni del Centro-Nord, invece, presentano incrementi mediamente più contenuti.

Sono questi alcuni dei dati che emergono dalla XIV edizione del Rapporto Osservasalute (2016), un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle regioni italiane presentata oggi a Roma all'Università Cattolica. Pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l'**Università Cattolica di Roma**, e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Direttore dell'Osservatorio e Ordinario di Igiene all'Università Cattolica, e dal dottor **Alessandro Solipaca**, Direttore Scientifico dell'Osservatorio. Il Rapporto è frutto del lavoro di 180 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università e numerose Istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

“Complici i non sempre perfetti stili di vita e soprattutto la disparità di accesso ai servizi dei cittadini delle diverse regioni – **rileva il professor Ricciardi** - le malattie croniche colpiscono gli italiani a un'età sempre più precoce (determinati da fattori di rischio come il sovrappeso o la sedentarietà che riguardano sempre più giovani), il che significa che gli italiani dovranno convivere con queste patologie per un numero di anni sempre maggiore, con conseguente abbassamento della qualità della vita e costi sempre più insostenibili per il SSN”.

Per di più con l'aumento dell'aspettativa di vita, dato di per sé assolutamente positivo, aumenteranno purtroppo anche gli anni vissuti in cattiva salute; si prevede che, nel 2050, potremmo portarci dietro un non desiderabile fardello di malattie croniche per 10 anni in più rispetto a quanto avviene oggi.

“Cosa ancora più grave, il SSN non è ugualmente strutturato in tutto il Paese per assistere adeguatamente questa vasta popolazione di persone - che vanno seguite e curate soprattutto con l'assistenza sanitaria territoriale; questa situazione, in una prospettiva non lontana, potrebbe mettere a rischio la tenuta stessa del sistema”, **spiega il professor Ricciardi**. “Se non si interviene per tempo non riusciremo a gestire tutti questi pazienti”.

Aumento delle malattie croniche, assistenza a rischio - Con l'invecchiamento della popolazione aumenta anche la prevalenza delle condizioni morbose di lunga durata. Secondo i dati Istat, nel 2013, circa il 38% dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, nel 2016 tale quota sale al 39,1%.

L'aumento delle persone affette da patologie croniche è dovuto al decisivo effetto del sistema italiano di Sanità Pubblica, nonché al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, economiche e sociali, all'innalzamento dell'età media, alle conoscenze sull'impatto degli stili di vita e dell'ambiente sulla salute e alla disponibilità di nuove terapie farmacologiche.

Ad esempio, per l'ipertensione arteriosa, nel 2015, sono stati registrati 303.967 soggetti adulti con diagnosi di ipertensione arteriosa in carico agli 800 MMG validati del *network Health Search (HS)* (*database Health Search* che raccoglie le informazioni cliniche di oltre 1.000.000 di pazienti adulti in carico a 800 MMG), per una prevalenza di patologia pari al 28,8%. Tale stima di prevalenza presenta un trend crescente nel periodo 2011-2015, variando dal 27,5% del 2011 al 28,8% del 2015. Le stime di prevalenza sono risultate maggiori nelle donne rispetto agli uomini (29,6% vs 28% nel 2015). La prevalenza di ipertensione aumenta all'aumentare dell'età e raggiunge il picco massimo tra i soggetti di 85-89 anni (78,7% nel 2015). L'analisi geografica della prevalenza di patologia evidenzia che, nel 2015, le regioni con una prevalenza superiore al dato nazionale sono l'Emilia-Romagna (31,6%), la Liguria (31,5%), la Sicilia (30,7%), la Campania (30,7%), la Calabria (30,6%) e l'Abruzzo (29,1%). I soggetti con ipertensione arteriosa, nel 2015, hanno assorbito il 67,4% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN; inoltre, questi pazienti hanno pesato per il 50,9% delle richieste di visite specialistiche e per il 49,7% degli accertamenti generando il 58,5% dei contatti con il MMG.

Diabete mellito tipo 2 - Nel 2015, 79.517 pazienti adulti in cura presso gli 800 MMG validati del *network HS* risultavano affetti da diabete mellito tipo 2, con una prevalenza di patologia del 7,5%. La prevalenza di diabete mellito tipo 2 risulta stabile negli anni 2011-2015, con valori sempre maggiori negli uomini rispetto alle donne (8,3% vs 6,9% nel 2015). L'analisi della prevalenza di questa malattia per classi di età mostra un trend crescente al crescere dell'età, con un picco nella fascia di età 80-84 anni (23,0%). Osservando l'analisi per singola regione, emerge un gradiente geografico della prevalenza di questa patologia, con un aumento progressivo delle stime dal Nord verso il Meridione. Le regioni con una prevalenza superiore al dato nazionale sono: Calabria (9,3%), Sicilia (9,2%), Puglia (8,4%), Abruzzo (8,2%), Lazio (8,1%) e Basilicata (7,9%).

I pazienti presenti in HS e affetti da diabete mellito tipo 2, hanno pesato per il 24,3% delle prescrizioni a carico del SSN, per il 18,0% delle richieste di visite specialistiche, per il 17,3% delle richieste di accertamenti e per il 19,9% dei contatti con il MMG.

Cresce l'esercito di coloro che hanno contemporaneamente più cronicità, prendono molte medicine e stanno spesso dal medico - Analizzando le principali patologie croniche (ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo 2, BPCO, asma bronchiale, osteoartrite, disturbi tiroidei - con l'eccezione dei tumori tiroidei) emerge che, nel 2015, il 23,7% (249.887 pazienti su un totale di 1.054.376 soggetti) dei pazienti adulti in carico alla medicina generale presentava due o più condizioni croniche tra quelle precedentemente elencate.

La prevalenza di pazienti con multicronicità (ossia almeno due delle patologie croniche analizzate in precedenza) in carico alla Medicina Generale del *network* HS risulta in crescita dal 2011 (21,9%) al 2015 (23,7%). Tale prevalenza è più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile in tutti gli anni considerati e, nel 2015, è pari al 27,1% nelle donne e al 20% negli uomini.

La combinazione di patologie croniche più frequenti, nel 2015, tra i soggetti presenti in HS con due patologie concomitanti è stata l'ipertensione e l'osteoartrite (29,2%), seguita da ipertensione e disturbi tiroidei (15,4%) e da diabete tipo 2 e ipertensione (11,7%). Nel gruppo di pazienti con tre patologie concomitanti la combinazione più frequente è stata ipertensione, osteoartrite e disturbi tiroidei (19,8%), cui si aggiunge il diabete tipo 2 (12,2%) nei soggetti con quattro patologie.

Nel complesso, il 72,1% dei soggetti del *network* HS con almeno due patologie croniche concomitanti risulta essere in politerapia farmacologica, ossia con cinque o più farmaci differenti. Tale quota risulta anche più elevata in alcune regioni e, in particolare, in Puglia (79,3%), Umbria (78,5%) ed Emilia-Romagna (75,8%).

Osservando il tasso di pazienti presenti in HS e in politerapia farmacologica in funzione del numero di patologie croniche concomitanti, si nota come questo aumenti all'aumentare del numero di patologie concomitanti, passando dal 62,6% dei pazienti con due patologie fino al 100% dei pazienti con tutte le nove patologie croniche presenti contemporaneamente.

Infine, i pazienti del *network* HS con multicronicità, nel 2015, hanno generato il 55% dei contatti con il MMG a livello nazionale, con stime più elevate nelle regioni del Sud e nelle Isole. In particolare, i valori maggiori si sono registrati in Campania (68,6%), Sicilia (63,0%) e Calabria (61,6%).

“I dati presentati”, afferma il **dott. Solipaca**, “confortano l'ipotesi, ormai più che consolidata, che l'invecchiamento della popolazione aumenterà inevitabilmente la prevalenza delle condizioni morbose di lunga durata e favorirà notevolmente negli anni la complessità dei bisogni di assistenza socio-sanitaria della popolazione”. “A fronte di questa dinamica”, prosegue il **dott. Solipaca**, “si auspica il passaggio da una logica di tipo prestazionale (in cui il paziente è seguito solo quando richiede attivamente assistenza) a una di presa in carico globale dell'individuo che non si interrompa alla fine di ogni visita e preveda un raccordo tra i vari specialisti che lo seguono. In questa prospettiva, sarà decisivo il ruolo dell'assistenza territoriale, da attuare attraverso l'implementazione di un efficace sistema di assistenza primaria”.

ECCO L'ITALIA FOTOGRAFATA DA OSSERVASALUTE 2016

Diminuisce il numero degli abitanti del nostro Paese, oltre un italiano su cinque ha più di 65 anni: per la prima volta negli ultimi decenni si assiste alla diminuzione della popolazione residente. Tale diminuzione è dovuta in gran parte al saldo negativo della dinamica naturale (i decessi superano le nascite). Il numero medio di figli per donna per il complesso delle residenti è, nel 2014, pari a 1,37 figli per donna (per le italiane 1,29 figli per donna, per le straniere 1,97 figli per donna). Si conferma la tendenza alla posticipazione delle nascite, tanto che l'età media al parto delle residenti è di 31,6 anni (per le italiane 32,1 anni, per le straniere 28,6 anni). Poco meno di un nato ogni cinque ha la madre con cittadinanza straniera, con un picco di quasi un nato su tre in Emilia-Romagna.

Sempre in aumento i "giovani anziani" (ossia i 65-74enni): sono oltre 6,5 milioni, pari al 10,8% della popolazione residente (nello scorso rapporto erano pari al 10,7% della popolazione residente). In altri termini, oltre un residente su dieci ha un'età compresa tra i 65-74 anni. I valori regionali variano da un minimo del 9,4% della Campania a un massimo del 12,8% della Liguria. Il peso relativo dei 65-74enni sul totale della popolazione varia sensibilmente se si considera la cittadinanza: i 65-74enni rappresentano l'11,5% della popolazione residente con cittadinanza italiana vs il 2,4% registrato per gli stranieri.

Continua l'avanzata degli "anziani" (75-84 anni) purtroppo non sempre in buona salute: sono oltre 4,8 milioni e rappresentano ben l'8% del totale della popolazione (nella scorsa Edizione del Rapporto Osservasalute erano circa 4,7 milioni e rappresentavano il 7,8% del totale della popolazione); ma, anche in questo caso, è possibile notare delle differenze geografiche. In Liguria tale contingente rappresenta ben il 10,6% del totale, mentre in Campania è "solo" il 6,1%.

Aumentano pure i "grandi vecchi" (85 anni ed oltre): la popolazione dei "grandi vecchi" è pari a quasi 2 milioni che corrisponde al 3,3% del totale della popolazione residente (l'anno precedente erano 1 milione e 900 mila unità, pari al 3,2% del totale della popolazione residente). Anche tale indicatore mostra i valori maggiori in Liguria (4,8%) e i valori minori in Campania (2,3%).

Le donne restano la maggioranza: si registra, anche per questa Edizione, l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età: la proporzione di donne è del 52,9% tra i giovani anziani, sale al 57,5% tra gli anziani e arriva al 68,5% tra i grandi vecchi. Si noti che, seppure le donne rappresentino la maggioranza degli anziani in tutte le classi di età considerate (specie al crescere dell'età), la componente maschile negli ultimi anni sta lentamente recuperando tale svantaggio, grazie alla riduzione dei differenziali di mortalità per genere.

La popolazione con 65 anni ed oltre rappresenta il 22,1% della popolazione residente, ossia più di una persona su cinque è ultra 65enne. I divari territoriali sono evidenti. Come già sottolineato, la Liguria è la regione più vecchia del Paese (la quota di *over 65* anni è pari al 28,2%) e al suo opposto troviamo la Campania (17,8%). Più in generale, ad eccezione della PA di Bolzano e, anche se in minor misura della PA di Trento, il processo di invecchiamento ha coinvolto maggiormente, finora, le regioni del Centro-Nord.

Si riducono gli ultracentenari: si assiste a una lieve diminuzione della popolazione ultracentenaria, probabilmente imputabile all'eccesso di mortalità che ha caratterizzato il 2015. Al 1 gennaio 2016, più di tre residenti su 10.000 hanno 100 anni ed oltre.

In particolare, questo segmento di popolazione è cresciuto in modo consistente dal 1 gennaio 2002 al 1 gennaio 2016. A tale data, gli individui che avevano 105 anni ed oltre erano quasi 950 (di questi oltre 800 donne), mentre i super-centenari (coloro che hanno 110 anni ed oltre) erano 22, di cui 2 uomini e 20 donne.

In questi anni gli ultracentenari sono, quindi, più che triplicati passando da poco più di 6.100 unità nel 2002 a quasi 19.000 nel 2016. Tuttavia, e proprio con riferimento a questo ultimo anno che si è registrata, per la prima volta, una lieve flessione del loro numero pari a 330 residenti. In termini relativi la riduzione del numero di ultracentenari, considerando sia gli uomini che le donne, è stata pari a -1,7%. Tale diminuzione può essere ricondotta al generale eccesso di mortalità che si è registrato nel 2015. In termini relativi, nel 2002, ogni 10.000 residenti uno era ultracentenario, mentre nel 2016 oltre tre. Se si considera il solo contingente femminile, negli stessi anni si è passati da 1,8 a 5,0 ultracentenarie ogni 10.000 residenti. Gli ultracentenari uomini sono passati da 0,4 a 1 ogni 10.000 residenti.

Infine, la componente femminile si conferma essere di gran lunga quella più numerosa: al 1 gennaio 2016, infatti, le donne rappresentano l'83,5% del totale degli ultracentenari.

Più decessi, si riduce la speranza di vita: il 2015 è stato un anno particolare per la mortalità in Italia in quanto si è assistito a un aumento del numero di morti in valore assoluto rispetto agli anni precedenti.

A fronte delle circa 600 mila morti medie nel 2013 e nel 2014, nel 2015 si sono verificate 49.000 morti in più.

Non vi è una spiegazione univoca per tale fenomeno, ma concorrono più fattori contemporaneamente.

L'incremento della mortalità del 2015 rispetto al 2014 si è verificato, essenzialmente, nei primi 3 mesi dell'anno (rispettivamente, +6.000, +10.000 e +7.500) e nel mese di luglio (+9.500 mila). L'eccesso è, quindi, concentrato nel periodo invernale, quando è anche maggiore la diffusione di epidemie influenzali, e nel mese di luglio, durante il quale per un periodo di tempo prolungato le temperature sono state particolarmente elevate.

Analogamente, anche altri Paesi europei hanno notificato un incremento della mortalità durante l'inverno 2014-2015, correlabile alle caratteristiche dell'epidemia influenzale.

L'invecchiamento della popolazione spiega parte dell'incremento dei decessi osservato nel 2015, ma questo aumento delle morti rispetto al 2013 e al 2014 si può leggere anche come una posticipazione dei decessi che non si sono verificati nei 2 anni precedenti, entrambi caratterizzati da una mortalità molto bassa.

Tutto ciò, naturalmente, ha dei riflessi sulla speranza di vita della popolazione. Al 2015, la speranza di vita alla nascita è più bassa di 0,2 anni negli uomini e di 0,4 anni nelle donne rispetto al 2014, attestandosi, rispettivamente, a 80,1 anni e a 84,6 anni. Questi rallentamenti sono generalizzabili a tutto il Paese, passando da casi in cui la diminuzione è stata cospicua (Valle d'Aosta) ad altri in cui la speranza di vita è rimasta ferma al livello del 2014 o, invece, aumentata lievemente.

Nel complesso, nei 5 anni trascorsi dal 2011 al 2015, gli uomini hanno guadagnato 0,6 anni, mentre le donne 0,2 anni. Come ormai è evidente da alcuni anni, la distanza della durata media

della vita di donne e uomini si sta sempre più riducendo anche se, comunque, è ancora fortemente a favore delle donne (+4,5 anni nel 2015 vs +4,9 anni nel 2011).

Nella **PA di Trento** si riscontra, sia per gli uomini che per le donne, la maggiore longevità (rispettivamente, 81,2 anni e 85,8 anni). La **Campania**, invece, è la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, 78,3 anni per gli uomini e 82,8 anni per le donne.

Gli uomini dell'Abruzzo e del Lazio sono quelli per i quali, dal 2011 al 2015, sono stati registrati gli incrementi maggiori nella speranza di vita alla nascita (rispettivamente, +1,1 anni vs +0,6 anni del dato nazionale).

L'Abruzzo e il **Lazio**, che partivano nel 2011 da una situazione di svantaggio, grazie a questa *performance* raggiungono il livello medio italiano della speranza di vita.

Per le donne sono il **Lazio** e il **Molise** le regioni in cui si è registrato il maggior aumento di sopravvivenza (rispettivamente, +0,7 anni e +0,6 anni).

Il dato che potrebbe suscitare interesse è quello della Valle d'Aosta che ha visto diminuire la speranza di vita, soprattutto tra il 2014 e il 2015 (-1,0 anno). La numerosità esigua della popolazione gioca un ruolo determinante nell'oscillazione dei dati e sarà necessario un arco temporale più ampio per valutare il trend di fondo.

Mortalità ridotta in 11 anni, cambiano le cause dei decessi, meno morti per problemi di cuore: a livello generale, i trend di mortalità nel periodo analizzato sono decisamente in diminuzione per entrambi i generi: si parte da un tasso di 141,4 per 10.000 uomini del 2003 (che si ricorda essere stato un anno di eccezionale incidenza del fenomeno a causa del caldo eccessivo) e si arriva a 107,8 per 10.000 nel 2014; analogamente per le donne, si passa da un tasso di 90,2 per 10.000 del 2003 a 69,8 per 10.000 nel 2014.

La diminuzione dei tassi di mortalità in questi ultimi 11 anni è, sicuramente, dovuta al calo dei rischi delle principali cause di morte, soprattutto delle malattie del sistema circolatorio che, in generale, rappresentano la prima causa di morte in Italia e dei tumori, anche se in maniera meno marcata.

In questi anni, quindi, si è osservata una importante modifica del profilo della mortalità. Nel 2003, le malattie cardiovascolari erano di gran lunga e in tutte le regioni la principale causa di morte: il rapporto tra i tassi standardizzati delle cardiovascolari e dei tumori era compreso tra 1,13 (**Lombardia**) e 1,75 (**Calabria**) negli uomini e tra 1,51 (**Lombardia**) e 2,84 (**Calabria**) nelle donne; nel 2014, tale rapporto si riduce fortemente e in diverse regioni si inverte al punto che in Lombardia (dal 2006), PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Sardegna i tumori diventano la prima causa di morte tra gli uomini in termini di tassi standardizzati.

Si muore di più per malattie psichiche e infettive: in un quadro di riduzione generalizzata dei rischi per tutte le principali cause, meritano di essere evidenziati gli incrementi che, invece, si registrano per i disturbi psichici e alcune malattie infettive e parassitarie, sia per gli uomini che per le donne.

Tra il 2003 e il 2014, il tasso standardizzato di mortalità per disturbi psichici passa da 1,8 a 2,4 per 10.000 per entrambi i generi.

Analogamente, la mortalità per malattie infettive e parassitarie fa registrare un incremento del 50% circa che ha interessato, principalmente, fasce di popolazione più anziana.

All'interno del gruppo delle malattie infettive e parassitarie la setticemia è la maggiore causa responsabile dell'incremento osservato.

Focalizzando, quindi, l'attenzione a questo livello di dettaglio, l'analisi per regione della serie storica 2003-2014 dei tassi di mortalità per setticemia tra gli ultra 75enni mostra un tasso quasi triplicato negli uomini (passa da 4,0 decessi a 11,3 per 10.000) e di 2,4 volte maggiore nelle donne (da 3,3 a 7,9 per 10.000). La situazione regionale risulta decisamente diversificata ed è evidente lo svantaggio delle regioni del Centro e del Nord rispetto al Mezzogiorno. Il dato più elevato si osserva, nel 2014, in Emilia-Romagna dove gli uomini hanno un tasso quasi doppio rispetto al valore nazionale (20,7 per 10.000) e le donne di 1,6 volte (12,5 per 10.000).

Per entrambi i generi, anche se con posizioni relative leggermente diverse, seguono la Liguria, la Lombardia, le Marche, l'Umbria, il Piemonte, la Toscana, il Friuli Venezia Giulia e il Veneto, tutte con valori maggiori del dato nazionale.

STILI DI VITA DEGLI ITALIANI IN LIEVE MIGLIORAMENTO, MA SONO SEMPRE TANTI I CHILI DI TROPPO. AUMENTANO I BEVITORI DI ALCOLICI

Stabile la quota di italiani in sovrappeso e obesi - Nel 2015, più di un terzo della popolazione adulta (35,3% vs 36,2% del 2014) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (9,8% vs 10,2% del 2014); complessivamente, il 45,1% (46,4% nel 2014) dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale. Le discrepanze osservate tra il 2014 e il 2015 non sono statisticamente significative. In Italia, nel periodo 2001-2014, è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso (33,9% vs 36,2%), soprattutto è aumentata la quota degli obesi (8,5% vs 10,2%). Il sovrappeso si riferisce a un Indice di Massa Corporea (IMC) tra 25-29. L'obesità a valori di IMC superiori o uguali a 30.

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: come per il 2014, le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di 18 anni ed oltre obese (Molise 14,1%, Abruzzo 12,7% e Puglia 12,3%) e in sovrappeso (Basilicata 39,9%, Campania 39,3% e Sicilia 38,7%) rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi di prevalenza (obesità: PA di Bolzano 7,8% e Lombardia 8,7%; sovrappeso: PA di Trento 27,1% e Valle d'Aosta 30,4%).

Eccesso di peso, un problema che aumenta con l'età: la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa) cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 14% della fascia di età 18-24 anni al 46% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,3% al 15,3% per le stesse fasce di età. **Un problema più maschile che femminile:** la condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere; infatti, risulta in sovrappeso il 44,0% degli uomini rispetto al 27,3% delle donne e obeso il 10,8% degli uomini rispetto al 9,0% delle donne. La fascia di età in cui si registrano percentuali più alte di persone in eccesso di peso è, sia per gli uomini che per le donne, quella tra i 65-74 anni (uomini 52,6% e 16,0%, donne 40,3% e 14,8%, in sovrappeso e obesi rispettivamente).

Bambini e ragazzi in lotta con la bilancia: bambini e adolescenti di 6-17 anni in sovrappeso o obesi sono il 24,9% (media 2014-2015).

Emergono forti differenze di genere; il fenomeno è più diffuso tra i maschi (28,3% vs 21,3% femmine).

Tali differenze non sussistono tra i bambini di 6-10 anni, mentre si osservano in tutte le altre classi di età e sono più marcate tra gli adolescenti (14-17 anni).

L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di 6-10 anni dove raggiunge il 34,2%. Al crescere dell'età il sovrappeso e l'obesità vanno diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di 14-17 anni.

Chili di troppo in contesti socio-economici svantaggiati: sulla linea dei più piccoli incide molto il contesto familiare: si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso.

Inoltre, sono soprattutto i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso a essere, anche loro, in sovrappeso o obesi: se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di 6-17 anni in sovrappeso o obesi sale al 34,4% rispetto alla percentuale del 27,8% (solo madre in eccesso di peso) e del 25,4% (solo padre in eccesso di peso). La quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso scende al 18,2%.

Si mantiene stabile la quota degli italiani che fanno sport - Nel 2015, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 33,3% della popolazione, pari a circa 19 milioni e 600 mila. Tra questi, il 23,8% si dedica allo sport in modo continuativo, mentre il 9,5% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono una attività fisica sono il 26,5% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 23 milioni e 500 mila, pari al 39,9%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 23,8% del 2015). Rispetto al 2014, risulta stabile nel 2015 sia la quota di quanti praticano attività sportiva in modo continuativo che la quota dei sedentari, mentre si registra un lieve, ma significativo aumento nella quota di coloro che dichiarano di svolgere sport in modo saltuario (dall'8,6% del 2014 al 9,5% del 2015).

Stabili i sedentari: come nel 2014 si registra una quota di sedentari pari al 39,9% della popolazione. Questi erano 24 milioni e 300 mila, pari al 41,2% nel 2013 e sono diventati circa 23 milioni e 500 mila nel 2015.

Gli uomini si confermano più sportivi - I livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini: il 28,3% pratica sport con continuità e l'11,4% lo pratica saltuariamente, mentre fra le donne la percentuale è, rispettivamente, del 19,5% e del 7,7%. La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,3% vs 35,1%).

Alcolici, diminuiscono i non consumatori - Si riduce la percentuale dei non consumatori (astemi e astinenti negli ultimi 12 mesi), pari al 34,8% (nel 2014 era il 35,6%) degli individui di età >11 anni. A livello territoriale, l'unica regione in cui si rileva un incremento dei non consumatori è il Friuli Venezia Giulia (+4,6 punti percentuali), mentre delle diminuzioni statisticamente significative si registrano in Emilia-Romagna (-3,3 punti percentuali), Toscana (-5,0 punti percentuali) e Abruzzo (-4,2 punti percentuali). La regione con il più basso valore di prevalenza dei non consumatori,

anche nel 2015, è la PA di Bolzano (25,8%), mentre i valori più elevati si registrano in Campania (42,1%) e Sicilia (42,3%).

Aumentano le donne consumatrici a rischio - La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2015, è pari al 23% per gli uomini e al 9,0% per le donne (che nel 2014 erano l'8,2%). I consumatori a rischio tra gli uomini restano sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente.

L'analisi territoriale mostra tra gli uomini un aumento dei consumatori a rischio nelle Marche, pari a 5,2 punti percentuali, e una diminuzione di 3,4 punti percentuali in Campania, mentre tra le donne l'unica diminuzione statisticamente significativa si riscontra nella PA di Bolzano (-6,3 punti percentuali).

Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa in Italia milioni di individui di tutte le fasce di età ed è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine. I giovani rappresentano un *target* di popolazione estremamente vulnerabile all'uso di alcol che risulta la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità, evitabile se venisse garantito e supportato il rispetto delle norme di tutela della salute e di sicurezza, rese ampiamente disponibili da anni in tutti i contesti.

Lo stato dell'arte e i trend supportano l'adozione di politiche, interventi, piani di azione e strategie di cui oggi, più che mai, si rileva l'urgente necessità e indispensabilità, favorendo l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza sul problema e, soprattutto, l'investimento nei servizi sanitari per offrire prevenzione, trattamento e cura, iniziative di screening e interventi nel sociale. Quest'ultimo aspetto in considerazione del fatto che, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, sono i gruppi a basso reddito a risultare i più vulnerabili alle conseguenze sociali dell'esposizione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita e ai comportamenti.

Costante il numero degli italiani fumatori - Rispetto agli anni precedenti in cui si registrava un calo (nel 2010 fumava il 22,8% degli *over* 14 anni, nel 2011 il 22,3%, nel 2012 il 21,9% e nel 2013 il 20,9%), l'ultima Edizione del Rapporto Osservasalute evidenzia un assestamento della quota dei fumatori. Sono 10 milioni e 300 mila i fumatori in Italia nel 2015, poco meno di 6 milioni e 200 mila uomini e 4 milioni e 100 mila di donne. Si tratta del 19,6% della popolazione di 14 anni ed oltre (erano il 19,5% nel 2014).

Il numero medio di sigarette fumate al giorno diminuisce in un trend continuo dal 2001, passando da una media di 14,7 sigarette nel 2001 a 12,1 del 2014, 11,6 nel 2015, una variazione che conferma la tendenza alla riduzione di tale abitudine.

Sono 11 le regioni (erano 12 nel 2014) che superano o eguagliano il valore nazionale in termini di prevalenza di fumatori sulla popolazione di 14 anni ed oltre. Si tratta di (in ordine decrescente in termini di prevalenza) Campania, Liguria, Umbria, Lazio, Molise, Abruzzo, Emilia-Romagna, Sardegna, Toscana, Piemonte e Sicilia. Come sempre la più alta prevalenza di fumatori si registra in Campania (22,2%), seguita da Liguria (21,4%) e Umbria (21,3%). La PA di Trento presenta la minore prevalenza di fumatori di sigarette (14,0%), seguita dalla Puglia (17,0%).

La prevalenza di fumatori è più elevata nei Comuni grandi, sia del Centro che della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 21,3% e 20,7%), rispetto ai piccoli Comuni con meno di 2.000 abitanti, che fanno registrare il 19,1% di fumatori.

La prevalenza maggiore di ex-fumatori, anche nel 2015, si evidenzia in Emilia-Romagna con il 27,5% che si dichiara ex-fumatore.

Fumano sempre più gli uomini delle donne: ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto al fumo di sigarette. Sempre con riferimento al 2015, infatti, si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di quasi 10 punti percentuali: il 15,0% di donne dichiara di fumare sigarette rispetto al 24,6% di uomini di pari età.

Vizio duro a morire tra i giovani: le fasce di età che risultano più critiche sia per gli uomini che per le donne sono, nel 2015, quella dei giovani tra i 20-24 e 25-34 anni in cui, rispettivamente, il 30,4% e il 33,0% degli uomini e il 19,3% e il 19,4% delle donne si dichiarano fumatori.

I più accaniti sono gli individui over 60 anni - In merito al numero medio di sigarette fumate al giorno, i più accaniti fumatori sono gli uomini e le donne tra i 60-64 anni con, rispettivamente, 15,1 e 11,7 sigarette fumate ogni giorno.

SALUTE MENTALE

Diminuiscono i ricoveri per disturbi psichici - L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore negli anni 2001-2014, mostra un trend in costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata. Si registrano tassi più elevati per i soggetti ultra 75enni in tutti gli anni presi in considerazione.

Il tasso standardizzato totale di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico, nel periodo 2001-2014, mostra una considerevole flessione, che si accentua a partire dall'anno 2005, fino a raggiungere il valore più basso (49,7 per 10.000) nell'ultimo anno di rilevazione. I dati confermano la tendenza verso una positiva riduzione dei ricoveri, in particolar modo a partire dal 2005 in avanti. Negli ultimi anni, infatti, il numero di dimessi con diagnosi di disturbi psichici ha registrato un trend discendente, con la sola eccezione dei soggetti in età infantile. Se è vero che questo risultato può essere attribuito a un effetto della riduzione complessiva del numero di ricoveri per tutte le cause, è d'altra parte anche possibile supporre che alcuni degli obiettivi prioritari prefissati nell'ambito della riorganizzazione e della gestione delle problematiche nella sfera della salute mentale siano in fase di raggiungimento (con il potenziamento della rete territoriale e il coinvolgimento dei principali *setting* di vita dei pazienti - domicilio, scuola e luoghi di lavoro) nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi.

Antidepressivi, continua la crescita dei consumi - I consumi sono pari a 39,60 Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die nel 2015.

Si noti che, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2010, il volume prescrittivo sembrava aver raggiunto, nel 2011-2012, una fase di stabilità (38,50 DDD/1.000 ab die nel 2011; 38,60 DDD/1.000 ab die nel 2012), mentre, in realtà, nel triennio successivo si è registrato un nuovo incremento (39,10 DDD/1.000 ab die nel 2013; 39,30 DDD/1.000 ab die nel 2014; 39,60 DDD/1.000 ab die nel 2015).

Il trend in aumento può essere attribuibile a diversi fattori tra i quali, ad esempio, l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia), la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e l'aumento dell'attenzione del MMG nei confronti della patologia.

I consumi di farmaci antidepressivi più elevati per l'ultimo anno di riferimento (2015) si sono registrati in Toscana (59,6 DDD/1.000 ab die), nella PA di Bolzano (54,3 DDD/1.000 ab die), in Liguria (51,4 DDD/1.000 ab die) e in Umbria (50,0 DDD/1.000 ab die), mentre sono le regioni del Sud e le Isole, con l'eccezione della Sardegna (44,2 DDD/1.000 ab die), che presentano i valori più bassi di consumo (in particolare, Basilicata (30,8 DDD/1.000 ab die), Campania (31,0 DDD/1.000 ab die), Puglia (31,4 DDD/1.000 ab die), Molise e Sicilia (pari merito 31,5 DDD/1.000 ab die).

I suicidi continuano ad aumentare - Nel biennio 2012-2013, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 8,06 (per 100.000) residenti di età ≥ 15 anni. Si riscontra un leggero aumento rispetto agli anni precedenti; infatti, nel biennio 2010-2011 il tasso medio annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,32 per 100.000 residenti di 15 anni ed oltre. Nel biennio 2008-2009, il tasso medio annuo di mortalità per suicidio era pari a 7,23 per 100.000 residenti. Nel biennio successivo, 2009-2010, era 7,21 (per 100.000). Nel biennio 2011-2012, il tasso annuo di mortalità per suicidio è stato pari a 7,99 (per 100.000).

In termini assoluti, tra i residenti in Italia con età ≥ 15 anni, nel biennio 2012-2013, si sono tolte la vita 8.310 persone e, tra queste, gli uomini rappresentano il 77,6%. Il tasso standardizzato di suicidalità è pari a 13,48 per 100.000 per gli uomini e a 3,40 per 100.000 per le donne.

Per gli uomini il tasso aumenta fino ai 45 anni di età, poi si stabilizza intorno ad un valore di circa 14/15 casi ogni 100.000 abitanti fino all'età di 65 anni, quando inizia un aumento esponenziale che porta il tasso a raggiungere un massimo di circa 33 casi ogni 100.000 abitanti tra gli ultra 85enni. Per le donne, invece, la mortalità per suicidio cresce lentamente fino ai 65 anni di età, si stabilizza intorno ai 5 casi ogni 100.000 abitanti fino ai 79 anni, dopo di che tende a ridursi lievemente nelle classi di età più anziane. Per entrambi i generi, quindi, la mortalità per suicidio cresce all'aumentare dell'età, ma, mentre per le donne raggiunge un *plateau* nelle età anziane, per gli uomini si registra un aumento esponenziale proprio in coincidenza con l'età al pensionamento che, frequentemente, coincide anche con la fuoriuscita dei figli dalla famiglia di origine, eventi che spesso comportano una riduzione dei ruoli sociali e un restringimento dell'ampiezza e densità delle reti di relazione.

L'indicatore presenta una marcata variabilità geografica, I valori più elevati di mortalità per suicidio si registrano in Valle d'Aosta e Sardegna; dal lato opposto i livelli più bassi si registrano in Campania e in Molise. La Valle d'Aosta registra una mortalità per suicidio pari a 3,4 volte quella di Molise e Campania e la Sardegna pari a 2,5 volte quella delle 2 regioni sopracitate.

La diminuzione dei ricoveri per disturbi psichici, rilevano gli autori, rientra in una mutata gestione dell'assistenza per la salute mentale e nel quadro della generale riduzione dei ricoveri inappropriati, ma è Interessante comunque notare come la variabilità regionale dei tassi di ricovero per disturbi psichici sia in larga misura coerente con il quadro che emerge per consumo di antidepressivi e suicidi, con alcune regioni che presentano valori superiori alla media nazionale (esempio, PA di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta).

DENTRO OSSERVASALUTE LA FOTOGRAFIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Sale la spesa sanitaria pubblica pro capite, ma resta più bassa che in altri Paesi - Timida salita della spesa sanitaria pubblica, nel 2015 ammonta a 1838€ pro capite. Nel 2014, la spesa era di 1.817. Segna, così, non solo un arresto del trend in diminuzione dal 2010, ma una leggera inversione di tendenza.

Ciò nonostante, l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno, tra i 32 dell'area OCSE, in termini pro capite. L'Italia si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa pro capite più alta si registra nella PA di Bolzano (2.255€) e la più bassa in Calabria (1.725€). Il *gap* è di 530€.

Spesa privata dei cittadini per la salute in aumento, specie al Sud - Nel periodo 2001-2014, la spesa sanitaria privata pro capite è cresciuta passando da 449,3€ a 553,1€ con un incremento medio annuo dell'1,61%. Il suo valore è, comunque, inferiore rispetto ai valori degli altri Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico.

Tutte le regioni del Sud e le Isole incrementano la spesa sanitaria privata con valori che oscillano fra +1,74% annui in Campania e +3,53% annui in Basilicata. Le regioni del Centro-Nord, invece, presentano incrementi mediamente più contenuti.

Tali differenze sono, certamente, attribuibili alla diversa propensione dei cittadini a orientarsi al mercato privato piuttosto che al pubblico, ma possono anche essere determinate da organizzazioni dei servizi pubblici non coerenti con i bisogni della popolazione o non sufficienti alla domanda di prestazioni espressa.

È, quindi, raccomandabile, rilevano gli autori, una maggiore attenzione da parte delle regioni a tale fenomeno e alla correlata modalità di utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche in ambito sanitario al fine di perseguire l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza uniformemente in tutto il territorio. Tutto ciò per evitare che la spesa privata svolga un ruolo sostitutivo anziché integrativo, come dovrebbe, invece, essere in un sistema sanitario a fiscalità generale.

Disavanzo in aumento - Il disavanzo sanitario nazionale appare in aumento e ammonta a un miliardo e 202 milioni di euro nel 2015. Nel 2014, il disavanzo ammontava a circa 864 milioni di euro, in netta diminuzione rispetto al 2013 (1,744 miliardi di euro).

Per la prima volta dal 2005, pertanto, il disavanzo risulta superiore a quello dell'esercizio precedente (928 milioni di euro nel 2014).

Ciò per effetto di un leggero incremento dei costi (+0,3%), quasi interamente imputabile ai prodotti farmaceutici (farmaci erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri, nonché distribuzione diretta e per conto), a fronte di un finanziamento effettivo sostanzialmente immutato.

Anche a livello pro capite, il disavanzo nazionale 2015 (20€) è superiore a quello 2014 (15€), ma inferiore a quelli registrati in ciascuno degli altri anni considerati (2001-2013).

Negli anni scorsi si è evidenziato come l'equilibrio conseguito da molte regioni fosse ancora relativamente fragile, per almeno due motivi: da un lato, è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; dall'altro, è stato largamente raggiunto tramite iniziative

(blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi. L'inversione di tendenza registrata nel 2015, seppur di dimensioni mediamente contenute, potrebbe pertanto segnalare che le politiche di contenimento dei costi attuate negli ultimi anni stanno esaurendo le proprie potenzialità.

Tecnologie in sanità, l'Italia tra le più fornite - Nel panorama internazionale l'Italia si posiziona tra i primi Paesi in termini di composizione del parco tecnologico e di disponibilità totale di apparecchiature TAC e TRM per milione di abitanti, confermando, anche attraverso gli investimenti fatti in tecnologia "di punta", di meritare il *ranking* elevato che viene assegnato al nostro SSN dagli osservatori internazionali.

Per quanto riguarda la PET, invece, l'Italia è al di sotto sia del benchmark internazionale sia di quello suggerito dalla letteratura scientifica, pari ad almeno 1 apparecchiatura PET per milione di abitanti.

È necessario favorire un riequilibrio territoriale nella disponibilità di queste apparecchiature pesanti, in particolare di quelle innovative come la PET, andando a verificare in modo congiunto anche il grado di obsolescenza del parco tecnologico.

Nell'ambito delle singole regioni sarebbe opportuno, invece, andare ad analizzare come siano state allocate le risorse utilizzate e gli investimenti realizzati in tecnologie. Tale ricognizione risulta utile anche per verificare se il principio di efficienza, che tra l'altro è alla base del calcolo dei costi standard, venga rispettato.

Si continua a ridurre la spesa per il personale sanitario - L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 0,8 punti percentuali tra il 2013-2014, passando dal 32,2% al 31,4%; si conferma il trend già osservato tra il 2010-2013. Il contenimento della spesa si è registrato, prevalentemente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia). In questo gruppo di regioni, tuttavia, la situazione non è omogenea. Infatti, 3 regioni (Lazio, Campania e Molise) presentano nel biennio di riferimento valori inferiori al dato nazionale, mentre altre 3 regioni (Abruzzo, Calabria e Sicilia) presentano valori costantemente superiori al valore Italia.

Nel 2014, la spesa per il personale ammonta a oltre 35 miliardi di euro, il 31,4% della spesa sanitaria totale, e fa registrare, nel periodo 2010-2014, una riduzione pari all'1,6% medio annuo, a fronte di una riduzione media annua della spesa sanitaria dello 0,5%; e l'aggregato di spesa del SSN che, insieme alla farmaceutica convenzionata, ha subito i maggiori tagli tra il 2010-2014.

La diminuzione della spesa è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, portate avanti autonomamente anche dalle altre regioni.

Scende la mortalità riconducibile ai servizi sanitari, ma ancora troppe disparità tra Nord e Sud - Rispetto al biennio 2010-2011, negli anni 2012-2013 il tasso standardizzato di *amenable mortality* è passato da 75,14 a 72,93 per 100.000, pari a una diminuzione del 3,03%. Le regioni con il più forte decremento sono la Valle d'Aosta (-14,74%), la PA di Trento (-10,59%) e il Molise (-10,14%), mentre le regioni con il decremento più lieve sono il Lazio (-0,50%) e la Calabria (-0,54%). Unica eccezione in Italia è l'Umbria, il cui tasso è salito da 65,75 a 68,31 per 100.000 (+3,90%). La mortalità è inferiore al valore nazionale (72,93 per 100.000) in 8 regioni: Lombardia, PA di Bolzano,

PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori significativamente superiori al dato nazionale si registrano, invece, in 5 regioni: Piemonte, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. I valori più bassi e più alti si registrano, rispettivamente, nella PA di Trento (57,47 per 100.000) e in Campania (91,32 per 100.000). Questo *pattern* geografico ricalca fedelmente quello del biennio 2010-2011.

L'OCSE ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari nel *core* delle misure per la valutazione della *performance* dei servizi sanitari dei Paesi aderenti e diversi studi statunitensi, italiani, spagnoli, ungheresi, israeliani e finlandesi hanno analizzato questo indicatore per valutare l'efficacia e l'equità dei servizi sanitari a livello nazionale e subnazionale. Nonostante questo dato positivo, i risultati relativi all'ultimo biennio disponibile confermano ancora una volta che le regioni centro-settentrionali hanno una *performance* dei servizi sanitari generalmente migliore rispetto alle regioni meridionali. Tale evidenza, unita al fatto che l'*amenable mortality* contribuisce fortemente alle differenze di mortalità prematura per tutte le cause tra Nord e Sud ed Isole (la mortalità *amenable* contribuisce per il 40,7% alle differenze tra i livelli di mortalità prematura del Sud e del Nord, e per il 33,7% alle differenze tra il Sud e il Centro Italia. Con mortalità prematura si intendono i decessi in età inferiore ai 75 anni - Fonte Fantini MP, Lenzi J, Franchino G, et al. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari e le disuguaglianze di salute nelle regioni italiane (Epidemiol Prev 2014;38:100-107), suggerisce che molti sforzi devono essere ancora fatti per migliorare l'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi e per ridurre le disuguaglianze di salute tra le regioni.

Una conclusione poco consolante: è a rischio la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

“Per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria molto di quello che accadrà dipenderà dagli scenari della cronicità e cioè se si verificherà l'espansione della morbilità a causa dell'aumento della sopravvivenza media della popolazione, (secondo questa ipotesi gli anni di vita guadagnati sarebbero trascorsi in cattiva salute)”, **ribadisce il dottor Solipaca**.

Le ultime previsioni sulla spesa sanitaria effettuate dal Ministero dell'Economia e Finanza, Ragioneria Generale dello Stato (RGS) stimano che l'incidenza della spesa pubblica sul PIL, nel 2025, sarà pari a circa il 7,2%, nel 2035 al 7,6% e raggiungerà l'8,3% nel 2060.

A questo quadro di spesa vanno aggiunte le risorse destinate all'assistenza di lungo periodo agli anziani non autosufficienti che, oggi, assorbono solo l'1,9% del PIL; la RGS per questa tipologia di spesa, sempre nell'ambito dello scenario legato all'invecchiamento, prevede un aumento di tale quota che si attesterebbe, nel 2025, a circa il 2%, nel 2035 al 2,3% e raggiungerebbe quasi il 3,3% nel 2060.

La sostenibilità delle attuali condizioni di salute della popolazione si gioca sulla capacità del sistema di promuovere la salute attraverso efficaci interventi di prevenzione primaria e secondaria. Si tratta di interventi che rafforzano la capacità di resilienza della popolazione assistita, attraverso il miglioramento degli stili di vita e la protezione mediante vaccinazioni e screening.

La prevenzione di secondo livello presenta un quadro di luci e ombre: in crescita la quota di coloro che aderiscono ai programmi di screening, mentre risulta in calo quella che si sottopone ai vaccini, soprattutto tra gli anziani. Nel 2013, le persone invitate ai programmi di screening organizzati sono state: 3,7 milioni, 3,0 milioni e 4,4 milioni, rispettivamente per lo screening del cervicocarcinoma, del tumore della mammella e del tumore del colon-retto. Per quanto riguarda la prevenzione del cervicocarcinoma uterino, l'adesione agli screening (fascia di età 25-64 anni) passa, a livello nazionale, da 51,8% (triennio 2004-2006) a 69,5% (triennio 2010-2012). Nello screening mammografico, considerando la fascia di età 50-69 anni, si passa dal 54,3% (biennio 2005-2006) al 73,3% (triennio 2010-2012) e, infine, nel caso dello screening per il cancro del colon-retto dal 20,7% (biennio 2005-2006) al 53,1% (biennio 2011-2012).

Il dato sulla prevenzione vaccinale desta qualche preoccupazione, come testimonia la copertura media delle vaccinazioni obbligatorie (Poliomielite, Difterite, Tetano ed Epatite B) che, nel 2015, scende al 93,4%, valore al di sotto dell'obiettivo minimo stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale fissato al 95%. Ancora più preoccupante il trend della copertura vaccinale antinfluenzale osservato tra gli anziani ultra 65enni; infatti, nell'arco temporale 2003-2004/2015-2016 si è registrata una diminuzione passando dal 63,4% al 49,9%.

Il quadro relativo agli stili di vita e ai comportamenti finalizzati alla prevenzione mettono in evidenza la necessità di investire di più su questa tipologia di interventi. I dati di incidenza di alcune patologie tumorali prevenibili palesano alcune criticità e prospettano un quadro preoccupante per il futuro in assenza di politiche efficaci.

Dal 2010 al 2015 si è osservato, per il tumore al polmone, un aumento dell'8,1% (18,4 per 100.000 vs 19,9 per 100.000) nelle donne e una diminuzione del 13,2% (64,3 per 100.000 vs 55,8 per 100.000) negli uomini; per il tumore del colon-retto, invece, si è registrato un aumento del 2,0% (69,0 per 100.000 vs 70,4 per 100.000) negli uomini e una riduzione dell'1,8% (38,5 per 100.000 vs 37,8 per 100.000) nelle donne. Inoltre, per quanto riguarda il genere femminile, considerando sempre l'arco temporale 2010-2015, si è evidenziato un aumento del 5% (112,7 per 100.000 vs 118,4 per 100.000) per il tumore della mammella e una riduzione del 20,4% (4,4 per 100.000 vs 3,5 per 100.000) per il tumore della cervice uterina. I dati appena descritti si riferiscono a patologie tumorali prevenibili, pertanto possono essere letti come un fallimento del sistema che lascia intendere che molta strada va ancora fatta, sia per migliorare le condizioni di salute generale e sia per conservare quanto di buono e stato già fatto in passato.

“I persistenti divari sociali e territoriali che caratterizzano il nostro SSN non costituiscono solo un problema di natura esclusivamente etica, ma un nodo cruciale che potrebbe avere effetti sulla sostenibilità politica del nostro *welfare*” – spiega il dottor Solipaca. “In Italia, la classe sociale medio-alta sopporta una pressione fiscale molto elevata a fronte di servizi non sempre soddisfacenti, sia qualitativamente che quantitativamente. Tale circostanza potrebbe spingere questa classe sociale a chiedere una privatizzazione del settore. Le classi sociali meno abbienti, come già documentato, invece, mostrano peggiori condizioni di salute e restano ai margini del sistema poiché, spesso, non riescono ad accedere alle cure pubbliche e sono costrette a rinunciare non potendo permettersi la sanità privata”.

Lo scenario che si potrebbe prospettare in futuro, in caso di ulteriori contrazioni della sanità pubblica, comporterebbe, per questa fascia di popolazione, un ulteriore peggioramento, sia in termini di accessibilità sia di salute, difficilmente sostenibile sul piano sociale. In altre parole, si

potrebbero aggravare le disuguaglianze sociali con conseguente aumento dell'insoddisfazione, spingendo le preferenze dei cittadini in direzioni opposte a seconda del ceto di appartenenza: una verso una privatizzazione del settore, l'altra verso un impegno maggiore del settore pubblico.

A complicare il quadro l'elevato livello di evasione ed elusione che rende il sistema fiscale fortemente iniquo, contribuendo ad alimentare le criticità appena riferite.

“Le sfide che il SSN dovrà affrontare sono di varia natura” – **conclude il professor Ricciardi** - “e riguardano da un lato l'efficienza della spesa, dall'altro l'esigenza di approntare politiche finalizzate a potenziare gli strumenti di prevenzione e a migliorare l'equità del sistema. Un passo importante è stato fatto, di recente, con l'approvazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza che definiscono con maggiore dettaglio le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini dal SSN. Il Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza rappresenta un primo passo verso la modernizzazione, con il quale si prende atto dell'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, e nello stesso tempo si potenzia l'attività di prevenzione”.

CONTATTI

Ufficio Stampa Università Cattolica di Roma - ufficio.stampa-rm@unicatt.it tel. 06 30154442 - 4295

Referenti: Nicola Cerbino nicola.cerbino@unicatt.it cell. 335.7125703

Paola Mariano mariano.paola@gmail.com cell. 320. 4013549