

SINTESI RAPPORTO OSSERVASALUTE 2023

Indice

1. Popolazione
2. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione
3. Incidenti
4. Ambiente
5. Sopravvivenza e mortalità per causa
6. Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale
7. Malattie cardio e cerebrovascolari
8. Malattie metaboliche
9. Malattie infettive
10. Disabilità
11. Salute mentale e dipendenze
12. Salute materno-infantile
13. Salute della popolazione straniera
14. Assetto economico-finanziario
15. Assetto istituzionale-organizzativo
16. Assistenza territoriale
17. Assistenza farmaceutica territoriale
18. Assistenza ospedaliera
19. La sanità italiana nel confronto europeo
20. Vigilanza sui dispositivi medici

A cura di:

Dott. Bonacquisti Michele

Dott. Capogna Emanuele

Dott.ssa Farina Sara

Dott. Fevola Gianluca

Dott.ssa Gabrielli Giorgia

Dott. Greco Giuseppe

Dott.ssa Maida Ada

Dott.ssa Maio Alessandra

Dott.ssa Rizzo Federica

Dott.ssa Scardigno Anna

Dott.ssa Scarfagna Chiara

Dott. Villani Leonardo

Dott. Zaino Andrea

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha il contributo non condizionato di

Popolazione

L'analisi della struttura della popolazione è di estrema importanza per la comprensione dei fenomeni socio-sanitari. Il Rapporto Osservasalute considera vari indicatori demografici della popolazione residente in Italia nel suo complesso, effettuando analisi sia a livello regionale che provinciale. Complessivamente si confermano gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione, e la contrazione del numero di figli per donna insieme al posticipo delle nascite. L'età media della popolazione, che è pari a 46,4 anni nel 2023 si stima raggiungerà i 50,7 anni nel 2050, con il forte contributo dato dalle coorti del *baby boom*. In particolare, nelle regioni meridionali, si prevede che l'età media aumenterà di oltre 6 anni rispetto ai 45,3 anni del 2022, mentre nelle regioni del Nord questa aumenterà di oltre 3 anni rispetto ai 46,6 attuali. Inoltre, nei prossimi decenni si prevede il proseguire del calo della popolazione residente dovuto al protrarsi del regime di bassa fecondità e alla graduale diminuzione dei flussi migratori dall'estero, che dovrebbe passare dai 59,0 milioni di abitanti attuali ai 54,4 residenti nel 2050. La popolazione di età pari o superiore a 65 anni rappresenta il 24% della popolazione residente italiana. Le differenze territoriali sono notevoli: la Liguria presenta la quota maggiore (28,8%), mentre la Provincia Autonoma di Bolzano e la Campania presentano le percentuali più basse, rispettivamente con il 20,3% e il 20,6%. Al 1° gennaio 2023, i giovani anziani (65-74 anni) costituiscono l'11,7% della popolazione italiana (6,9 milioni). Anche qui, i valori variano sensibilmente tra le regioni: la Provincia Autonoma di Bolzano registra la percentuale più bassa con il 9,6%, mentre Molise e Sardegna presentano i valori più alti, rispettivamente con il 13,2% e il 13,3%. Considerando la fascia d'età 75-84 anni, essa ammonta a poco più di 5 milioni di persone, rappresentando l'8,5% del totale. La Liguria, con il 10,7%, ha la percentuale più alta, mentre la Campania registra il valore più basso con il 6,9%. Passando ai cosiddetti grandi vecchi (85 anni e oltre), il valore assoluto supera i 2,2 milioni di unità, pari al 3,8% del totale. Anche qui la Liguria è al primo posto con il 5,3%, mentre la Campania ha una quota del 2,7%. La componente straniera in questa fascia di età è molto bassa, corrispondendo allo 0,3%, rispetto al 4,1% di quella italiana. Delle differenze si possono notare anche tra la quota con cittadinanza italiana e la componente straniera, 12,4% vs 4,3% per i giovani anziani, 9,2% vs l'1,1% per gli anziani, ed infine 4,1% vs 0,3% in riferimento ai "grandi vecchi". Tuttavia, bisogna considerare che anche la popolazione straniera presenta un progressivo fenomeno d'invecchiamento, di cui bisognerà tenere conto. Considerando la popolazione ultracentenaria, nel 2002 solo 1,1 ogni 10.000 residenti erano ultracentenari, passando ai 3,5 nel 2023, di cui le donne costituiscono l'83,1%. A livello regionale, Molise e Liguria presentano le quote più alte (5,8 e 5,6 per 10.000), mentre Campania e Sicilia le più basse (2,4 e 2,8 per 10.000). Prendendo in esame la struttura per genere, la popolazione femminile è maggioritaria nelle classi di età più avanzate, infatti tra i giovani anziani (65-74 anni) le donne rappresentano il 52,7%. Questa quota aumenta al 56,2% tra gli anziani (75-84 anni) e raggiunge il 65,7% tra i grandi vecchi (85 anni e oltre). Questo vantaggio femminile decresce leggermente nel tempo, riflettendo una riduzione dei differenziali di mortalità per genere. Il tasso di fecondità totale (Tft) in Italia al 2022 è stato di 1,24 figli per donna per la popolazione residente nel suo complesso, con un'evidente differenza tra donne italiane e straniere. Infatti, la componente straniera presenta un tasso di 1,86 figli per donna, rispetto a 1,18 per quella italiana. Nel 2022, le regioni con i tassi di fecondità più alti sono la Provincia Autonoma di Bolzano (1,64), la Provincia Autonoma di Trento (1,36) e la Sicilia (1,35). Al contrario, le regioni con i tassi più bassi sono la Sardegna (0,95), il Molise e la Basilicata (entrambe 1,10). Per quanto concerne l'età media delle madri al parto, nel 2022 essa è stata di 32,4 anni. Le regioni con le madri più giovani sono Sicilia e la PA di Bolzano, con 31,4 e 31,8 anni rispettivamente, mentre le madri più anziane si trovano in Lazio e Basilicata, con 33,0 e 33,1 anni. I fattori che possono influenzare le differenze territoriali nel calendario della fecondità sono diversi e complessi, tra cui il livello di fecondità stessa oltre che quelli di natura economica, culturale e sociale.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo

Nel 2022 sono poco più di 10 milioni le persone di età 14 anni ed oltre fumatrici, pari al 19,6% della popolazione in questa fascia di età. Un dato sostanzialmente stabile negli ultimi anni dopo una diminuzione costante registrata nell'ultimo ventennio (era il 23,7% nel 2001; il 19,0% nel 2021, il 18,6% nel 2020 e il 18,4% nel 2019). Si conferma il differenziale tra uomini e donne rispetto all'abitudine al fumo: nel 2022 sono fumatori il 23,8% degli uomini (circa 6 milioni) rispetto al 15,6% delle donne (4 milioni e 180 mila), sebbene la forbice si sia ridotta negli anni. Differenze di genere ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: il 17,8% delle donne vs il 29,1% degli uomini. Nel 2022 la regione in cui si registra il numero maggiore di fumatori è l'Umbria con il 22,9%, segue la Sicilia con il 22,0%. La regione con la percentuale più bassa di fumatori (15,7%) è il Veneto; seguono la Valle d'Aosta (16,2%) e le PA di Bolzano (16,3%) e Trento (16,5%). Inoltre, nel corso del 2022, tra i fumatori, le fasce di età con le differenze più elevate rispetto al valore medio sono, per gli uomini, quella tra i 25-44 anni e, per le donne, tra i 20 e i 64 anni.

Anche nel 2022 la prevalenza di ex-fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre non subisce variazioni significative ed è pari al 23,3%.

Analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque aree, le regioni del Nord-Ovest (23,8%), Nord-Est (25,6%) e Centro (24,6%) sono quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud e le Isole si confermano quelle in cui la prevalenza è più bassa (rispettivamente, 20,5% e 21,2%).

Stabile il numero medio di sigarette fumate (11 sigarette al giorno). Si conferma, negli ultimi anni, una sostanziale stabilità. Permane la differenza di genere, i più accaniti fumatori rimangono gli uomini rispetto alle donne (11,9 sigarette vs 9,6 sigarette fumate in media).

Nella classe di età tra i 45-74 anni si concentrano i fumatori più "forti" con un picco di 14,2 sigarette fumate tra i 60-64 anni; le fumatrici che mostrano il valore più elevato in termini di numero di sigarette fumate in media appartengono alla fascia di età 65-74 anni: 11,2 sigarette.

Alcol

Nel 2022, il 32,0% degli italiani di età ≥ 11 anni non ha consumato bevande alcoliche e la prevalenza è diminuita rispetto al 2021 del 2,7%; a livello regionale si registrano delle variazioni statisticamente significative rispetto al precedente anno in Emilia-Romagna, e in Campania dove sono aumentati i consumatori (rispettivamente, +5,8% e +7,0%) a fronte di una diminuzione degli astemi (rispettivamente, -13,0% e -10,9%).

La prevalenza di consumatori a rischio in Italia, nel 2022, è pari al 21,1% per gli uomini e all'9,1% per le donne. Tale differenza di genere è evidente in tutte le realtà territoriali.

Per entrambi i generi si osservano valori statisticamente superiori alla media nazionale in Valle d'Aosta (M = 32,1%; F = 12,6%), Friuli Venezia Giulia (M = 28,0%; F = 13,0%), PA di Bolzano (M = 26,0%; F = 13,1%), Marche (M = 26,0%; F = 11,2%) e Piemonte (M = 23,8%; F = 11,7%), oltre a Veneto (27,6%), PA di Trento (26,9%), Sardegna (26,8%), Molise (26,5%) per i soli uomini, e Liguria (11,6%) e Toscana (11,1%) per le sole donne.

Le regioni con le minori prevalenze di consumatori a rischio sono Sicilia (M = 12,6%; F = 5,5%) e Campania (M = 16,5%; F = 6,3%) e Puglia (M = 16,6%; F = 7,3%), per entrambi i generi, oltre a Abruzzo, Calabria, Basilicata e Sardegna per le sole donne.

Tra i giovani (11-17 anni) la prevalenza di consumatori a rischio, nel 2022, è stata del 16,5% senza variazioni statisticamente significative, rispetto al 2021.

Nel 2022, nella fascia di età 18-64 anni, il 18,1% degli uomini e l'8,8% delle donne hanno consumato bevande alcoliche in modalità a rischio per la loro salute e, rispetto all'anno precedente, la prevalenza è aumentata per il solo genere maschile del 10,4%, annullando quindi la diminuzione registrata lo scorso anno. Le prevalenze sono più elevate tra gli uomini rispetto alle donne sia a livello nazionale sia in tutte le realtà territoriali considerate.

La prevalenza di consumatori anziani a rischio, nel 2022, è stata del 31,3% tra gli uomini e dell'8,0% tra le donne e non ci sono per i valori medi nazionali e regionali variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Consumo di alimenti per tipologia

Le Linee Guida per una sana alimentazione assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano.

Nel 2022, quasi tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre dichiara di consumare giornalmente frutta (72,9%); meno diffuso il consumo di verdura, che riguarda la metà della popolazione (49,2%), e di ortaggi, che risulta pari al 43,5%. Nel complesso il 79,6% assume almeno una porzione di VOF al giorno, valore costante rispetto al 2021. I consumi giornalieri di verdura ed ortaggi sono più diffusi nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Meridione si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta.

In tutte le regioni, il consumo giornaliero di VOF risulta diffusamente al di sotto delle 5 porzioni e si attesta, principalmente, tra le 2-4 porzioni.

In tutte le regioni, il consumo è diffusamente al di sotto delle 5 porzioni e si attesta principalmente tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Abruzzo, Molise, Puglia e Basilicata) un quinto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane delle altre dall'obiettivo delle 5 porzioni giornaliere. L'abitudine alle 5 porzioni di VOF è più diffusa nella PA di Trento, dove riguarda l'8,6% dei consumatori giornalieri di VOF, seguita dalla PA di Bolzano (7,4%) e da Friuli-Venezia Giulia e Liguria (rispettivamente, 7,3% e 7,2%). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in molte regioni del Meridione (Campania, Basilicata, Calabria, Abruzzo e Puglia).

Nel 2022, il consumo quotidiano di VOF continua a riguardare quasi 8 persone su 10, rimanendo quindi al di sotto del *target* complessivo della popolazione totale.

Sovrappeso e obesità

Nel 2022, le persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso sono il 35,0%, dato sostanzialmente stabile rispetto al 34,2% del 2021. Sono obesi nel 2022 circa 5 milioni 600 mila adulti, che rappresentano l'11,4% della popolazione; complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale.

Raggruppando per macroregioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna), si osserva che, dal 2001, i maggiori incrementi percentuali si sono realizzati nelle regioni del Nord-Ovest che partivano da livelli delle prevalenze più bassi.

Nel 2022 le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli. Nel confronto regionale si evidenzia una differenza di 10,4 punti percentuali tra la regione con incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa e di 6,2 punti percentuali in riferimento all'incidenza di obesità.

La prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre obese continua a essere rilevata nelle regioni del Sud: Basilicata (14,9%), Campania (13,6%), Molise e Sicilia (13,3%). Le regioni con la prevalenza minore di persone obese sono PA di Bolzano (8,7%), Lombardia (9,9%) Sardegna (10,1%) e PA di Trento (10,3%).

La variabile età è una discriminante per l'aumento ponderale; infatti, al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso di peso (in sovrappeso o obesa). Anche nel 2022, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 17,4% della fascia di età 18-24 anni al valore massimo del 42,3% tra i 65-74 anni, fascia di età che si conferma più critica rispetto alla condizione di eccesso di peso con un aumento di circa 25 punti percentuali della prevalenza. Anche l'obesità è una condizione nella quale si trovano il 3,6% dei giovani di età 18-24 anni per arrivare a coinvolgere il 16,7% di coloro che hanno tra i 65-74 anni.

Eccesso di peso nei minori

I dati (media 2020-2022) mostrano che, in Italia, sono circa 2 milioni 240 mila i bambini e gli adolescenti di età 3-17 anni in eccesso di peso (pari al 27,2%). Nel decennio si è osservata dapprima una lieve riduzione del fenomeno (dal 28,5% del 2010-2011 al 25,5% del biennio 2016-2017) e successivamente una sua stabilità fino al 2018-2019, quando l'eccesso di peso si attestava al 25,6%. Tale tendenza può essere certamente legata anche all'aumento della sedentarietà che ha caratterizzato la popolazione giovanile nel biennio pandemico quando la chiusura forzata per lunghi periodi di palestre, centri sportivi e di tutti i luoghi deputati alla pratica sportiva

organizzata hanno reso difficile la pratica di attività sportiva e certamente favorito la crescita di comportamenti sedentari. L'eccesso di peso raggiunge la prevalenza più elevata tra i bambini di età 3-10 anni con il 34,0%. Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità vanno tuttavia diminuendo, fino a raggiungere il valore minimo tra i ragazzi di età 14-17 anni (17,1%).

Come in passato, anche nel biennio 2021-2022 si evidenzia un forte gap di genere, con valori più elevati di eccesso di peso tra i maschi rispetto alle femmine (29,5% vs 24,8%), specialmente a partire dalla classe di età 6-10 anni e si incrementano nelle classi di età successive. La distanza favorevole per le ragazze, si è comunque leggermente ridotta nell'ultimo biennio, per effetto del l'aumento dell'eccesso di peso sia tra le bambine di età 3-5 anni (dal 33,8% al 35,2%) sia tra le ragazze di età 11-17 anni (dal 14,6% al 15,9%).

Come per l'eccesso di peso degli adulti, anche per quello dei minori si osserva un forte gradiente Nord Centro vs Mezzogiorno consolidato nel tempo. Nel biennio 2021-2022 si osserva nel Mezzogiorno una quota di bambini e ragazzi di età 3-17 anni in eccesso di peso pari al 33,9% vs il 26,1% del Centro e il 22,6% del Nord (dati non presenti in tabella). I livelli più elevati si registrano specialmente in Campania (37,3%), Basilicata (37,1%), Calabria (36,9%) e Sicilia (33,6%). Viceversa, i valori più bassi si osservano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 15,4% e 16,0%), Valle d'Aosta (16,5%) e Friuli-Venezia Giulia (19,3%).

Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione ad alcune informazioni che si riferiscono al contesto familiare, si osservano prevalenze più elevate tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso ed in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso. Se entrambi i genitori sono in eccesso di peso, la percentuale di bambini e adolescenti di età 3-17 anni in sovrappeso o obesi è pari al 36,7% rispetto alla percentuale del 31,0% (solo madre in eccesso di peso) e del 25,8% (solo padre in eccesso di peso).

Viceversa, la quota di bambini in eccesso di peso con entrambi i genitori normopeso si attesta al 21,5%.

Sovrappeso e obesità nei bambini - OKkio alla Salute

Dalle rilevazioni del 2019 di OKkio alla SALUTE su 45.735 bambini si evince che il 29,8% è in eccesso di peso (con una variazione regionale da 14,0% in Valle d'Aosta a 44,1% in Campania). In particolare, il 20,4% sono in sovrappeso e il 9,4% obesi, compresi i bambini gravemente obesi che rappresentano il 2,4%. Queste prevalenze mostrano una tendenza alla diminuzione del fenomeno rispetto ai dati raccolti negli anni precedenti.

Attività fisica

Nel 2022, in Italia, le persone di età 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 34,6% della popolazione, pari a circa 19 milioni 875 mila persone. Tra questi, il 26,3% si dedica allo sport in modo continuativo, mentre l'8,3% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 28,2% della popolazione, mentre i sedentari sono circa 21 milioni 375 mila, pari al 37,2% della popolazione. I dati di lungo periodo evidenziano fino al 2020 un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 27,1% del 2020). Tuttavia, nel 2021 lo sport continuativo subisce una contrazione (dal 27,1% al 23,6%), mentre aumenta leggermente lo sport saltuario (10,9%) e in misura più decisa la pratica di attività fisica (dal 28,1% al 31,7%). Tale andamento può essere ricollegato al cambiamento negli stili di vita indotto dalle misure di contrasto alla pandemia di COVID-19, che hanno per lungo tempo ridotto la possibilità di svolgere attività sportiva strutturata negli ambienti chiusi di palestre, piscine e impianti sportivi. Nel 2022, si è osservato di contro un aumento dello sport praticato con continuità e una contrazione dello sport saltuario che ha portato sia il valore complessivo della pratica sportiva che nelle sue modalità di pratica (continua e saltuaria) ai livelli del 2019.

Le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 33,3% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono: Calabria (18,9%), Sicilia (22,1%), Campania (23,0%) e Basilicata (24,3%), mentre le regioni settentrionali, in particolare PA di Bolzano (61,8%), PA di Trento (50,2%) e Valle d'Aosta (47,6%) rappresentano le zone del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport.

Lo sport è un'attività del tempo libero fortemente legata all'età: la passione per lo sport è un tratto distintivo dei più giovani e raggiunge nel 2022 le quote più elevate tra i maschi di età 11-17 anni (il 71,9%, di cui 64,7% in modo continuativo e 7,2% in modo saltuario). Specialmente a partire dai 25 anni le quote diminuiscono progressivamente fino a raggiungere il 7,9% tra gli ultra 75enni.

Nel trend temporale, si evidenzia tra il 2020 e il 2021 un forte decremento della pratica sportiva tra i bambini e adolescenti di età 3-17 anni. In queste classi di età tra il 2020 e il 2021 si è osservato un vero e proprio crollo della pratica sportiva specialmente di tipo continuativo, diminuita di circa 15 punti percentuali (dal 51,3% al 36,2%) e compensata soltanto in parte dalla pratica di qualche attività fisica (dal 18,6% al 26,9%), svolta in modo destrutturato e, quindi, al di fuori delle palestre e dei centri sportivi interessati dalle chiusure. La sedentarietà è, infatti, aumentata dal 22,3% al 27,2%. Nel 2022 si è osservata una buona ripresa della pratica sportiva giovanile che ha raggiunto il 55,5% tra i ragazzi di età 3-17 anni, sebbene si sia mantenuta ancora ben al di sotto dei livelli registrati nel 2019 (60,1%). L'analisi di genere mostra delle forti differenze uomo-donna, con livelli più elevati di pratica sportiva tra gli uomini in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), fascia in cui la quota di praticanti è più elevata tra le bambine (26,9% vs 20,8%). In tutte le altre fasce di età, invece, i livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra gli uomini. Nel tempo si sta registrando un incremento seppur lieve in favore delle donne con conseguenza di una sottile riduzione del *gap* di genere.

Screening oncologici

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

Nel biennio 2021-2022 il 71% della popolazione target femminile, residente in Italia, si è sottoposta a mammografia, a scopo preventivo e nei tempi raccomandati, ma il 51% lo fa aderendo ai programmi di screening offerti dalle ASL, mentre il 20% su iniziativa spontanea.

La copertura totale dello screening mammografico disegna un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, a sfavore delle regioni meridionali, che riflette la geografia dello screening organizzato. La copertura da screening organizzato è, infatti, più elevata al Nord (65%), minore al Centro (54%) e decisamente più bassa al Sud e nelle Isole (36%) mentre il ricorso allo screening mammografico su iniziativa spontanea è meno frequente al Nord (16%) e maggiore al Centro (23%) e nel Meridione (21%).

Nel 2022 la copertura dello screening non è ancora tornata ai valori pre-pandemia, ma si registra un segnale di ripresa. La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (22% vs 16% fra le donne 60-69enni), tra le più istruite (31% fra le laureate vs 8% meno istruite) e tra quelle che riferiscono di non aver difficoltà economiche (21% vs 15% di chi riferisce di avere molte di difficoltà).

Secondo i dati PASSI, nel periodo 2020-2021 il 47% della popolazione *target* femminile si è sottoposta a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota rilevante, pari al 31% , si è sottoposta a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea. Nel Nord e nel Centro la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (59% vs 25% nel Nord e 47% vs 35% nel Centro); nelle regioni meridionali la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (35%) e confrontabile con la quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (33%).

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2021-2022, il 45% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori coloretali. Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (67%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (51%) e del Meridione (26%). Ampia la variabilità fra regioni: il dato più elevato di copertura si registra in Friuli Venezia Giulia con il 73%, quello più basso in Puglia con il 12% (dati standardizzati per genere ed età). Sebbene le coperture dello screening per il tumore del colon-retto siano ancora lontane dall'atteso, l'andamento è in crescita in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta e dell'adesione allo screening organizzato.

Incidenti

Nel 2022, l'Italia ha assistito a una netta ripresa della mobilità e, di conseguenza, anche dell'incidentalità stradale dopo gli anni della pandemia. Rispetto al 2021, gli incidenti e gli infortunati hanno registrato una crescita complessiva. Gli aumenti si sono concentrati soprattutto nei mesi da gennaio a luglio, quando nel 2021 erano ancora in vigore misure per la limitazione del traffico e degli spostamenti per il contenimento del virus.

In Italia, nel 2022, ci sono stati 165.889 incidenti stradali (+9,2% rispetto al 2021), 223.475 feriti (+9,2%) e 3.159 vittime di incidenti stradali (+9,9%), valori tutti in crescita rispetto al 2021 ma ancora in diminuzione rispetto al 2019, individuato come anno di riferimento per la nuova decade sulla sicurezza stradale prevista per l'Agenda 2030.

Il numero di vittime è pressoché stabile, di poco inferiore a quello registrato nel 2019 (-0,4%).

Le regioni con i tassi di mortalità più elevati sono la Basilicata, l'Emilia-Romagna, il Veneto, la Sardegna e le Marche, mentre quelle con i tassi più bassi sono la Liguria, la Calabria, la Lombardia, la Campania, l'Abruzzo e il Molise.

Nell'UE-27, le vittime sono state 20.669 (+4,1% rispetto al 2021, -9,2% rispetto al 2019), con l'Italia che è passata dal 13° al 19° posto nella graduatoria europea per il tasso di mortalità stradale.

Per quanto riguarda i feriti gravi, nel 2022 in Italia se ne sono registrati 16.875 (+5,5% rispetto al 2021 e -4,1% rispetto al 2019). Le regioni con il maggior numero di feriti gravi sono Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna, Veneto e Campania. Il rapporto di gravità è di 5,3 feriti gravi per ogni decesso, con valori più elevati in Liguria, Lazio, Abruzzo, Calabria e Campania, e più bassi in Basilicata, Molise, Piemonte, Umbria, Friuli-Venezia Giulia e Veneto.

Nel contesto europeo, l'Italia si trova ancora in una parte alta della classifica con 5,3 feriti gravi per ogni decesso, mentre i livelli del rapporto di gravità variano da 14,5 feriti gravi per ogni decesso sulle strade della Svizzera a 0,6 della Lettonia.

Sul fronte degli infortuni sul lavoro, nel 2022 le denunce nell'Industria e Servizi sono state 582.890, in aumento del 23,3% rispetto al 2021 e del 15,6% rispetto al 2018. Gli eventi mortali sono stati 1.073, in calo del 12,6% rispetto al 2021 e del 4,4% rispetto al 2018.

L'aumento degli infortuni è dovuto principalmente alla componente in occasione di lavoro (+25,5%), mentre più modesta è la crescita dei casi in itinere (+11,4%).

I tassi regionali di infortunio sul lavoro mostrano un andamento altalenante nel quinquennio, con un aumento diffuso in tutti i territori nel 2022, in particolare per la Liguria (+42,2%), la Campania (+39,5%), l'Abruzzo (+31,9%) e il Lazio (+31,3%).

Nei soli 3 mesi precedenti l'intervista, 549.000 persone sono rimaste coinvolte in incidenti domestici, con una proiezione annuale di circa 2 milioni 200 mila casi. Il 65% circa di tutti gli incidenti accaduti riguarda le donne, con un quoziente di infortuni pari a 11,8 per 1.000 donne.

Infine, per quanto riguarda gli infortuni a carico dei lavoratori stranieri, nel 2022 le denunce sono state 122.774 (+19,6% rispetto al 2021), con 243 infortuni mortali (+10,0%). Le vittime si sono concentrate nelle costruzioni (29,9%), nel trasporto e magazzinaggio (21,6%) e nel manifatturiero (17,4%). Il 70% degli infortunati stranieri erano uomini e solo uno su quattro aveva >50 anni.

Le regioni con più infortuni sono state, in valore assoluto, Lombardia (23,8%), Emilia-Romagna (17,6%), Veneto (15,5%), Toscana (8,0%) e Piemonte (7,9%).

I contagi da COVID-19 hanno pesato sugli infortuni degli stranieri nel 2022, rappresentando il 9% dei casi totali.

Ambiente

Considerato il rapporto interdipendente tra ambiente e salute, la sanità pubblica è chiamata a nuove ed emergenti sfide globali. L'ambiente riveste un ruolo di primaria importanza tra i determinanti e i fattori di rischio per la salute umana. Le problematiche ambientali non solo influenzano la qualità dell'aria, dell'acqua e del cibo, ma possono anche determinare l'insorgenza di nuove malattie, con conseguente impatto sui sistemi sanitari.

Per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute, l'impiego di alcuni indicatori restituisce importanti informazioni sull'andamento e il monitoraggio del fenomeno, utili ad orientare le scelte ed interventi di prevenzione.

In particolare, l'Edizione del Rapporto Osservasalute 2023, si sofferma sui rifiuti solidi urbani, uno degli indicatori di maggiore pressione antropica, non solo in termini ambientali, ma anche in termini sociali e sanitari per il potenziale rischio di inquinamento ed impatto.

In Italia la produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2022, si attesta a poco più di 29 milioni di tonnellate, registrando una riduzione rispetto all'anno precedente di circa mezzo milione di tonnellate. Relativamente alle principali modalità di gestione i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2022, ammontano a 5,2 milioni di tonnellate, facendo registrare una riduzione di circa il 7,9% rispetto all'anno precedente: il numero delle discariche passa da 126 a 117 nel 2022. Nel periodo 2017-2022, nonostante la consistente diminuzione dei rifiuti trattati in discarica, tale forma di smaltimento si confermi la più diffusa, soprattutto nel Meridione.

Nel 2022, la capacità media nazionale di incenerimento tramite termodistruzione ha raggiunto il 18,3% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora al di sotto della media dei Paesi europei (27,0%). Si rilevano elevati tassi di incenerimento in Lombardia, PA di Bolzano ed Emilia-Romagna, rispetto al Centro e al Meridione dove l'incenerimento è poco utilizzato. La raccolta differenziata ha raggiunto, nel 2022, a livello nazionale, il 65,2% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani con un incremento di 1,2 p.p. rispetto al 2021. Nelle regioni settentrionali si conferma il primato, alcune regioni raggiungono l'obiettivo del 65% fissato dalla normativa per il 2035.

Anche l'inquinamento ambientale, manifestandosi in diverse forme, rappresenta una minaccia considerevole per la salute con conseguenze sia a breve termine che a medio-lungo termine. Si registra un trend di costante riduzione delle emissioni dei principali agenti inquinanti negli ultimi trent'anni, ma è necessario proseguire e intensificare gli sforzi.

La promozione di specifiche misure di prevenzione e l'adozione di tecnologie più innovative in ambito sanitario, ecologico e tecnologico in linea con la normativa nazionale ed europea e le linee guida internazionali, richiedono il coinvolgimento non solo delle autorità competenti e del settore privato, ma anche l'interesse della comunità scientifica e il coinvolgimento attivo dei cittadini.

Sono già stati compiuti progressi in questa direzione ma un approccio olistico ed integrato, sempre più allineato ai principi i *One Health* e di *Planetary Health* deve prevedere scelte responsabili e misure strategiche su scala globale, garantendo una prosperità duratura e un equilibrio per il Pianeta e tutte le forme di vita nel rispetto della sostenibilità, della tutela della salute e del benessere generale.

Sopravvivenza e mortalità per causa

Livelli e dinamica della sopravvivenza

Al 2023 la speranza di vita alla nascita è stata stimata a 81,1 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne è la PA di Trento a presentare la maggiore durata media di vita (rispettivamente, 82,4 anni e 86,9 anni). La Campania, invece, presenta il valore più basso, tanto per gli uomini (79,4 anni), quanto per le donne (83,6 anni). La differenza di genere nella speranza di vita, che era aumentata durante la pandemia per le maggiori conseguenze della malattia sugli uomini, appare ora inferiore rispetto al periodo pre-pandemia (nel 2019 il divario risultava 4,3 anni). In tutte le regioni settentrionali è stato perso almeno 1 anno di vita nel corso del 2020 rispetto al 2019. Minori rispetto al Nord sono state le perdite per il Centro e il Mezzogiorno (rispettivamente, -0,7 anni e -0,8 anni).

Riguardo la speranza di vita a 65 anni, a livello nazionale nel 2023 un uomo ha ancora davanti a sé 19,5 anni di vita ed una donna 22,4 anni. Sia per gli uomini sia per le donne la PA di Trento è in testa alla classifica (rispettivamente 20,5 e 23,9 anni), mentre la Campania presenta la speranza di vita più bassa (rispettivamente 18,4 e 21,1 anni). Nel 2023, gli uomini di 65 anni sono tornati alla situazione del 2019 a livello nazionale, con il Nord che ha incrementato di 0,2 anni la speranza di vita, il Centro stabile e il Mezzogiorno in leggero regresso (-0,1 anni). Le donne, invece, sono indietro rispetto al 2019 (-0,2 anni), con decrementi in tutte le ripartizioni (Nord e Centro -0,1 anni, Mezzogiorno -0,3 anni).

Mortalità per causa per classi d'età

Per la mortalità per causa si analizzano i dati del 2021, secondo anno di diffusione in Italia della pandemia di COVID-19. Il numero di decessi in Italia è stato pari a 704.312 (individui residenti), con un tasso di mortalità di 111,7 per 10.000 uomini e 73,9 per 10.000 donne. Si tratta di dati che, seppur in calo a livello nazionale rispetto al 2020, sono il risultato di andamenti regionali decisamente diversificati. Se nel 2020 gli effetti della pandemia hanno portato all'incremento della mortalità in tutte le regioni, il 2021 fa registrare da un lato una riduzione dei decessi e dei rischi di morte delle regioni che hanno maggiormente pagato in termini di mortalità l'anno precedente (tutte situate al Nord), dall'altro si ha un aumento della mortalità in gran parte delle regioni centro-meridionali. L'unica eccezione è il Friuli-Venezia Giulia, dove la mortalità per COVID-19 cresce del 61% per gli uomini e del 43% per le donne. Da notare come, nonostante si registri un miglioramento tra il 2020 e il 2021, la mortalità resta più alta rispetto al valore medio del quinquennio pre-pandemia 2015-2019 in tutte le regioni del Nord, eccetto la Valle d'Aosta. Nelle altre regioni del Paese, eccetto la Sardegna, la mortalità per COVID-19 è peggiorata rispetto al 2020, contribuendo in maniera importante alla determinazione del livello della mortalità generale.

La classe di età dei più giovani (1-19 anni) è caratterizzata dalla bassa numerosità dei decessi, dovuti a cause esterne, tumori e malattie del sistema nervoso. Il tasso del 2021, in Italia, si attesta sui 13 decessi per 100.000 maschi e a 9,3 per 100.000 femmine, con un'ampia variabilità territoriale. Per i primi, infatti, i valori variano da 5,9 per 100.000 in Basilicata a 16,1 in Sardegna; per le femmine, da 4,8 per 100.000 in Basilicata a 19,9 in Molise.

Per la classe di età 20-39 anni è molto evidente la differenza di genere, con gli uomini decisamente più svantaggiati. A fare la differenza è la mortalità dovuta alle cause esterne, causa principale di mortalità negli uomini di questa fascia (si passa da circa 11 decessi per 100.000 della Campania agli oltre 34 per 100.000 della Sardegna, mentre per le donne il dato massimo regionale del 2021 non supera i 9,5 decessi per 100.000 abitanti della Liguria). Alle cause esterne seguono i tumori, la cui mortalità incide in modo analogo sia per gli uomini che per le donne e, al terzo posto, le malattie del sistema circolatorio, con un sensibile svantaggio per il genere maschile (5,8 decessi per 100.000 uomini a livello nazionale contro 2,4 decessi per 100.000 donne).

Dal confronto dei dati del 2021 con il quinquennio 2015-2019, nella classe di età 30-49 anni si osserva come la mortalità diminuisca in maniera più evidente solo in poche regioni (tra gli uomini al primo posto si attesta la PA di Bolzano con una riduzione pari al 13%, tra le donne la PA di Trento con -11%), nonostante, nella maggior parte del Paese, si registrino tassi in netta diminuzione per i tumori e/o per malattie cardiovascolari. Tale scenario evidenzia l'impatto della pandemia sul trend della mortalità totale, nonostante il contenimento dei primi due gruppi di cause, che in Italia insieme spiegano circa la metà della mortalità tra 40-59 anni.

Riguardo la classe di età 60-74 anni, nel 2021 in Italia, il dato medio nazionale si attesta sui 1483,7 decessi per 100.000 tra gli uomini e 813,1 decessi per 100.000 tra le donne (rispettivamente -5,1% e +0,3% rispetto all'anno

precedente), ma nasconde andamenti regionali decisamente diversificati. Da un lato ci sono le regioni che vedono ridursi i propri rischi di morte (al primo posto la Lombardia con -22% per gli uomini e -12% per le donne, a seguire Liguria, Valle d'Aosta, Piemonte ed Emilia-Romagna), dall'altro quelle in cui la mortalità è peggiorata (l'incremento maggiore è quello del Molise con +18% per gli uomini e +10% per le donne, a seguire Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sicilia e Calabria) e per entrambi i casi possiamo dire che ciò sia dovuto principalmente alla dinamica della mortalità per COVID-19 tra i 2 anni.

Relativamente alla fascia d'età 75-89 anni, nel 2021, il tasso di mortalità nazionale è pari a 6.439,9 decessi per 100.000 uomini e 4.280,8 decessi per 100.000 donne (rispettivamente -8,2% e -5,7 % rispetto all'anno precedente). Sia per gli uomini che per le donne, le regioni del Nord hanno registrato una riduzione della mortalità totale rispetto all'anno precedente, mentre nel Mezzogiorno si osserva un aumento generale, principalmente a causa della diffusione del COVID-19. Anche in questa fascia d'età, in quasi tutte le regioni, la mortalità supera quella del periodo 2015-2019, in quanto si registra un peggioramento soprattutto di malattie endocrine e malattie del sistema nervoso, oltre alla diffusione della pandemia da COVID-19. La regione che registra il tasso di mortalità peggiore è la Campania, mentre il dato migliore appartiene alla PA di Trento.

Anche nella classe di età degli ultra 90enni, sulla contrazione rispetto al 2020 del dato medio nazionale (-7% per gli uomini e -8% per le donne) pesa soprattutto quanto si è verificato nelle regioni del Nord, in molte delle quali la mortalità totale per entrambi i generi si riduce di almeno il 10% circa, grazie in primo luogo alla diminuzione dei tassi per COVID-19 e per malattie respiratorie, oltre che per tumori, malattie circolatorie e disturbi psichici. Nelle regioni del Mezzogiorno, invece, aumenta la mortalità di tutta la popolazione ultra 90enne (tranne per gli uomini pugliesi), a fronte di una maggiore diffusione del COVID-19 in primis, ma anche per la crescita dei tassi per disturbi psichici e malattie endocrine.

Mortalità prematura

Il tasso di mortalità precoce tra i 30 e i 69 anni si riferisce a malattie croniche, quali tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche, nella fascia di età 30-69 anni. Al 2021 è più elevato negli uomini rispetto alle donne, anche se il divario di genere si è ridotto nel corso degli anni. Nel periodo 2004-2021, il tasso di mortalità precoce è diminuito del 35% per gli uomini e del 22% per le donne. Tuttavia, le differenze territoriali persistono: regioni del Nord come le PA di Bolzano e Trento, il Veneto e l'Emilia-Romagna hanno un vantaggio sempre più ampio rispetto alla media nazionale, mentre nel Mezzogiorno la situazione è meno favorevole, con la Campania, la Sicilia, la Calabria e la Sardegna che presentano tassi di mortalità precoce più elevati. A queste ultime si aggiunge il Lazio che presenta un tasso abbastanza alto, più vicino alle regioni del Mezzogiorno che a quelle del Centro. Nonostante ciò, quasi tutte le regioni hanno registrato una riduzione della mortalità precoce per malattie croniche nel periodo considerato, ad eccezione del Molise, dove il tasso femminile è aumentato del 20,2% rispetto al 2015.

Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale

Nel 2022, l'ipertensione arteriosa è risultata la patologia cronica più comune tra i pazienti in carico ai Medici di Medicina Generale (MMG) aderenti al network Health Search (HS), con una prevalenza del 28,8%. Questa condizione ha preceduto i disturbi tiroidei (esclusi i tumori) (17,1%), l'osteoartrite (15,0%), l'asma bronchiale (9,0%), il diabete mellito tipo 2 (7,9%), l'ictus ischemico (4,5%), le malattie ischemiche del cuore (4,1%), l'obesità (3,0%), la BPCO (2,7%), lo scompenso cardiaco congestizio (1,2%) e la malattia di Parkinson (0,2%). La maggior parte delle patologie ha mostrato una crescita nelle stime di prevalenza dal 2017 al 2019, seguita da un calo o stabilizzazione nel 2021 e 2022. Fanno eccezione i disturbi tiroidei e l'asma, che hanno avuto un andamento costantemente in aumento in tutto il periodo considerato.

Nel 2022, il 49,2% dei pazienti del network HS presentava multi morbidità, in calo rispetto al 50,7% del 2021. I pazienti multi-morbidi hanno avuto in media 8,5 contatti ambulatoriali con i MMG nel 2022, con valori più alti in Basilicata, Calabria, Marche, Sicilia, Campania, Sardegna, Trentino-Alto Adige e Puglia. Rispetto al 2021, si è registrata una riduzione del numero medio di contatti ambulatoriali in diverse regioni.

Per le prescrizioni farmaceutiche, i pazienti multi-morbidi hanno avuto in media 25,0 prescrizioni nel 2022, in calo rispetto al 2021, con alcune regioni che hanno mostrato valori superiori alla media nazionale. Per gli accertamenti, i pazienti multi-morbidi hanno avuto in media 34,3 accertamenti nel 2022, in calo rispetto all'anno precedente.

La riduzione di contatti, prescrizioni e accertamenti tra 2021 e 2022 è stata influenzata dall'impatto della pandemia COVID-19 sulla presa in carico dei pazienti cronici, molti dei quali hanno rinunciato a visite ed esami durante la pandemia, soprattutto per patologie come diabete, BPCO, ipertensione e malattie cardiache.

La combinazione di patologie croniche più frequente, nel 2022, tra i soggetti presenti in HS con due patologie concomitanti è stata ipertensione e osteoartrite (21,5%), seguita da ipertensione e disturbi tiroidei (17,4%) e da ipertensione e diabete mellito tipo 2 (10,6%). Nel gruppo di pazienti con tre patologie croniche concomitanti, quelle più frequentemente riscontrate sono state ipertensione, osteoartrite e disturbi tiroidei (19,0%), a cui si aggiunge il diabete mellito tipo 2 nei soggetti con quattro patologie (10,6%).

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 coesistenti, andando dal 49,9% dei pazienti con due patologie fino al 92,1% dei pazienti con otto patologie croniche presenti contemporaneamente, per poi decrescere all'86,7% per i pazienti con nove patologie.

In conclusione, i dati forniti dal network HS evidenziano l'impatto epidemiologico delle patologie croniche e della multi morbidità in Medicina Generale, sottolineando l'importanza di una presa in carico integrata e personalizzata di questi pazienti, anche alla luce delle sfide poste dalla pandemia. Strumenti informatici dedicati, come il database HS/IQVIA Health LPD, possono supportare i MMG nel monitoraggio e nella gestione di questi pazienti complessi.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico). Chi sopravvive ad un evento acuto diventa un malato cronico e con complicazioni (insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale fra le più frequenti) che causano notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare. Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono tra i principali determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, maggiore causa di disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

Ospedalizzazione per patologie cardio e cerebrovascolari acute, insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale

Per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione, nel 2022, i ricoveri per malattie ischemiche del cuore sono aumentati del 2,2% rispetto all'anno precedente negli uomini (709,3 ricoveri per 100.000 uomini nel 2022 vs 694,3 per 100.000 nel 2021) e dell'1,3% nelle donne (216,8 ricoveri per 100.000 donne nel 2022 vs 214,0 per 100.000 nel 2021); questo incremento è probabilmente dovuto ad una sorta di "recupero" dopo il calo registrato durante la pandemia da COVID-19. Nel 2022, i ricoveri per malattie ischemiche del cuore negli uomini continuano ad essere oltre il triplo di quelli delle donne, come negli anni precedenti (709,3 ricoveri per 100.000 uomini vs 216,8 ricoveri per 100.000 donne). I tassi di ospedalizzazione regionali più alti si registrano in Campania per gli uomini (908,3 per 100.000) e in Valle d'Aosta per donne (296,4 per 100.000), mentre il tasso più basso si osserva in Sardegna sia per uomini (453,3 per 100.000) che per le donne (152,1 per 100.000). Un dato incoraggiante è che, tra il 2016 ed il 2022, si continua a registrare una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione, maggiore nelle donne rispetto agli uomini, sia per le malattie ischemiche del cuore nel loro complesso (-16,6% negli uomini; -24,9% nelle donne), che per l'insieme delle forme acute e subacute di ischemia cardiaca (-22,8% negli uomini; -30,9% nelle donne), che per l'IMA (-20,1% negli uomini e -29,8% nelle donne).

Per le malattie cerebrovascolari il primo dato evidente è che i tassi di ospedalizzazione, tra il 2021 ed il 2022, sono aumentati sia negli uomini (+1,3%) (461,6 ricoveri per 100.000 uomini nel 2022 vs 455,8 per 100.000 nel 2021) che, anche se in maniera più lieve, nelle donne (+0,4%) (328,0 ricoveri per 100.000 donne nel 2022 vs 326,6 per 100.000 nel 2022); anche in questo caso, l'aumento registrato nell'ultimo anno, molto probabilmente, è stato dovuto ad una sorta di continuazione del "recupero" dei ricoveri dopo il calo dovuto alla pandemia da COVID-19. Nel 2022, negli uomini, il tasso di ospedalizzazione per il complesso delle malattie cerebrovascolari risulta del 40,7% superiore a quello delle donne. Nel 2022, i tassi di ospedalizzazione più elevati per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso si registrano nella PA di Bolzano per gli uomini (627,2 per 100.000) e nella Valle d'Aosta per le donne (517,4 per 100.000), mentre i tassi più bassi si registrano in Sardegna per gli uomini (384,8 per 100.000) ed in Puglia per le donne (269,7 per 100.000). Tra il 2016 ed il 2022, a livello nazionale, si evidenzia una riduzione nei ricoveri per le malattie cerebrovascolari nel loro complesso in entrambi i generi (-24,1% negli uomini e -27,0% nelle donne).

Nel 2022, negli uomini, il tasso di ospedalizzazione per l'Insufficienza Cardiaca (IC) risulta superiore del 53,1% a quello delle donne, mentre quello per la Fibrillazione Atriale (FA) è superiore del 104,5%. I tassi di ospedalizzazione più elevati per IC si registrano in Molise sia per gli uomini (464,2 per 100.000) che per le donne (306,9 per 100.000), mentre i più bassi si evidenziano in Sardegna, sia per gli uomini (244,7 per 100.000) che per le donne (154,3 per 100.000). Per la FA, i tassi di ospedalizzazione più elevati si registrano nella Valle d'Aosta per gli uomini (205,1 per 100.000) e nella PA di Bolzano per le donne (115,8 per 100.000), mentre i minori si riscontrano in Sicilia per gli uomini (60,7 per 100.000) e in Abruzzo per le donne (28,2 per 100.000). Nell'arco temporale di osservazione, tra il 2016 e il 2022, in tutte le regioni ed in entrambi i generi, si evidenzia un calo nei ricoveri per IC con una riduzione, a livello nazionale, del 27,2% negli uomini e del 31,4% nelle donne. Per quanto riguarda la FA, considerando lo stesso arco temporale, i tassi di ospedalizzazione si sono ridotti sia negli uomini (-26,9%) che nelle donne (-38,9%), in tutte le regioni con l'eccezione della Valle d'Aosta.

Mortalità per malattie ischemiche del cuore e per malattie cerebrovascolari

Nel nostro Paese, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a interessare quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2021, i tassi di mortalità sono risultati pari a 10,08 decessi per 10.000 negli uomini e 5,25 decessi per 10.000 nelle donne. Nel 2021 riprende, in entrambi i generi e in quasi tutte le regioni, il trend in discesa dei tassi di mortalità totali per malattie ischemiche, iniziato nel 2003 e interrotto nel 2020 da un leggerissimo aumento dei tassi a causa della pandemia da Sars-CoV-2. Risulta evidente il trend in aumento dei tassi di mortalità al crescere della classe di età in entrambi gli anni e in entrambi i generi. A livello regionale, nel 2021, i tassi più elevati di mortalità per le malattie ischemiche del cuore si riscontrano in Campania, sia per gli uomini (13,96 per 10.000) che per le donne (8,75 per 10.000). I tassi di mortalità più bassi, invece, si osservano nella PA di Bolzano per gli uomini (7,78 per 10.000) e in Sardegna per le donne (3,39 per 10.000). Nel 2021, negli uomini, il tasso di mortalità passa da 2,16 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 79,79 decessi per 10.000 negli ultra 75enni, aumentando di circa 37 volte, mentre nelle donne cresce da 0,39 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 58,20 decessi per 10.000 nelle ultra 75enni, aumentando di circa 149 volte.

La mortalità per le malattie cerebrovascolari colpisce maggiormente gli uomini rispetto alle donne; in particolare, nel 2021, i tassi di mortalità complessivi sono stati 6,85 decessi per 10.000 fra gli uomini e 6,13 decessi per 10.000 fra le donne. Anche per le malattie cerebrovascolari, nel 2021 riprende, in entrambi i generi e in quasi tutte le regioni, il trend in discesa dei tassi di mortalità totali per malattie ischemiche, iniziato nel 2003 e interrotto nel 2020 da un leggerissimo aumento dei tassi a causa della pandemia da Sars-CoV-2. Nel 2021, i tassi più elevati di mortalità per le malattie cerebrovascolari si riscontrano nella Valle d'Aosta per gli uomini (10,19 per 10.000) e in Sicilia per le donne (8,95 per 10.000). I tassi di mortalità più bassi, invece, si osservano nella PA di Bolzano per gli uomini (4,89 per 10.000) e nella PA di Trento per le donne (4,30 per 10.000). Non sembra essere presente un gradiente geografico. Risulta evidente il trend in aumento dei tassi di mortalità per malattie cerebrovascolari al crescere della classe di età in entrambi i generi. Nel 2021 negli uomini il tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari passa da 0,77 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 60,53 decessi per 10.000 negli ultra 75enni, aumentando di circa 79 volte, mentre nelle donne cresce da 0,57 decessi per 10.000 nella classe di età 45-54 anni a 68,74 decessi per 10.000 nelle ultra 75enni, aumentando di circa 121 volte.

Malattie metaboliche

In Italia, secondo i dati Istat, nel 2021 la prevalenza del diabete noto è stimata al 6,3% della popolazione (6,6% negli uomini e 6,1% nelle donne), corrispondente a oltre 3,5 milioni di persone.

Nel 2022, il Molise ha registrato il tasso più alto di dimissioni ospedaliere totali (67,99 per 10.000), seguito da Calabria (66,40 per 10.000), Campania (61,92 per 10.000), Basilicata (60,73 per 10.000) e Puglia (60,40 per 10.000). Per le dimissioni in regime ordinario (RO), i tassi più alti sono stati in Molise (63,72 per 10.000), Puglia (58,89 per 10.000) e Calabria (58,53 per 10.000), mentre per il day hospital (DH) i tassi più alti sono stati in Liguria (8,74 per 10.000), Calabria (7,87 per 10.000) e Campania (7,76 per 10.000). Dal 2021 c'è stato un recupero dei livelli di ospedalizzazione rispetto al calo del 2020 dovuto alla pandemia e a un'organizzazione più attenta dei servizi territoriali. Dal 2005 al 2022, il tasso di dimissioni è diminuito dal 92,21 per 10.000 al 44,85 per 10.000. Nel 2022, i tassi di dimissioni ospedaliere sono stati più alti per gli uomini rispetto alle donne, con il rapporto nazionale di 1,74:1.

Nel biennio 2020-2021 si è osservata una lieve riduzione dei tassi standardizzati di mortalità per diabete: -0,21 punti percentuali per gli uomini e -0,12 punti percentuali per le donne. Tutte le classi di età hanno mostrato una diminuzione, tranne la fascia 45-54 anni nelle donne, che è aumentata da 0,19 a 0,20 per 10.000. La maggior parte dei decessi riguarda gli ultra 75enni. La Sicilia (6,07 per 10.000), la Campania (6,01 per 10.000) e Calabria (5,94 per 10.000) hanno registrato un aumento della mortalità per diabete, mentre le regioni con i tassi più bassi sono state Valle d'Aosta (1,57 per 10.000), Lombardia (2,36 per 10.000), Friuli-Venezia Giulia (2,65 per 10.000) e le Province Autonome di Bolzano (1,85 per 10.000) e Trento (2,38 per 10.000).

Il diabete è frequentemente associato all'obesità e alla sedentarietà. Tra gli adulti obesi, la prevalenza del diabete è del 15,9%, in aumento rispetto al 2001, mentre tra i sedentari è dell'11,5%. Nella fascia di età 45-64 anni, il 12,7% degli obesi è diabetico, percentuale che sale al 26,9% tra gli over 75. Gli uomini obesi hanno una prevalenza del diabete del 15,2%, mentre le donne del 16,7%. La prevalenza del diabete è maggiore nelle regioni meridionali e tra le persone che non praticano attività fisica, con valori più alti nelle regioni del Centro e del Sud come Umbria (8,1%), Molise (8,7%), Campania (9,9%) e Lazio (8,0%).

Il diabete colpisce maggiormente le persone con un basso titolo di studio, misura indiretta di *status*. In Italia, nel 2022, l'8,4% delle persone di età 25 anni e oltre dichiara di essere affetta da diabete, con una prevalenza maggiore tra coloro con basso livello di istruzione: 3,6% tra i laureati, 5,4% tra i diplomati, 9,3% tra chi ha la scuola media, e 19,6% tra chi ha al massimo la licenza elementare. La disuguaglianza sociale è più accentuata dai 45 anni in su, con una prevalenza del 3,6% tra i laureati e del 9,8% tra chi ha solo la licenza elementare nella fascia 45-64 anni, e dell'11,8% e 22,4% rispettivamente tra gli over 65. Le differenze sono più marcate nel Meridione e nel Centro, soprattutto in Campania (10,9%), Molise (8,4%), Umbria (7,4%), Abruzzo (7,0%), Basilicata (7,8%) e nella PA di Trento (7,1%).

L'obesità di grado severo ($BMI \geq 40$ kg/m²) negli adulti è associata a un alto rischio di diabete tipo 2 e complicanze cardiometaboliche, trattabili con chirurgia bariatrica. In Italia, l'obesità grave nei bambini è definita, secondo valori dell'OMS, come un BMI $\geq 99^{\circ}$ percentile o un BMI Z-score >3 , e interessa circa il 6,5% dei bambini di età 6-9 anni. Uno studio italiano ha analizzato 3.647 bambini e adolescenti con obesità, utilizzando criteri OMS (BMI $\geq 97^{\circ}$ percentile per età e genere) e categorie crescenti di BMI (99° percentile, dal 120% e dal 140% del 97° percentile). La ricerca ha dimostrato per la prima volta che stratificare le forme di obesità in base alle percentuali di BMI superiori al 97° percentile delle curve OMS consente di identificare bambini e adolescenti con un rischio cardiometabolico crescente.

Malattie infettive

Copertura vaccinale della popolazione infantile

I valori di coperture vaccinali in Italia, nell'arco temporale 2019-2022, risentono dell'impatto della pandemia di COVID-19. Dopo una riduzione dal 2019 al 2020, si osserva nel 2021 un lieve aumento dei valori soltanto per alcune tipologie mentre, nel 2022, l'incremento registrato ha interessato indistintamente tutte le tipologie di antigene. Nel 2022, le vaccinazioni obbligatorie che hanno raggiunto il target del 95% raccomandato dall'OMS sono Poliomielite (95,15%), Difterite (95,14%), Tetano (95,14%), Pertosse (95,14%), Epatite B (95,05%) e Hib (95,08%). Le coperture più basse sono per Parotite (94,37%) e Varicella (93,35%). Per le vaccinazioni raccomandate, si è registrato un aumento della copertura per l'anti-meningococco C (85,60%, +16,67% rispetto al 2021) e un lieve aumento per l'anti-pneumococco (91,73%, +0,53%). Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, nel 2022, solamente Lombardia, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Lazio hanno presentato valori di coperture superiori al 95% per tutte le vaccinazioni obbligatorie ad eccezione della varicella nella PA di Trento, Toscana e Umbria. Le più basse coperture si registrano, in generale, nella PA di Bolzano e in Sicilia (<91%).

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale e negli anziani

Nella stagione 2022-2023, la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale è stata del 20,2%, in leggera flessione (-1,5%) rispetto alla stagione precedente. Negli ultra 65enni, risulta in calo rispetto alla stagione precedente e non raggiunge in alcuna regione i valori considerati minimi dal PNPV. La copertura più alta è stata in Umbria (68,7%), mentre le più basse in Sardegna (37,3%), PA di Bolzano (38,7%) e Valle d'Aosta (45,9%). Rispetto alla stagione 2021-2022, si è registrata una riduzione del -2,4% a livello nazionale. A livello regionale, quasi tutte le regioni hanno riportato una diminuzione della copertura (compresa tra -0,1 e -12,3%); le uniche 5 regioni in cui la performance vaccinale è migliorata rispetto alla stagione 2021-2022 sono state PA di Trento (+17,9%), PA di Bolzano (+7,2), Veneto (+5,6%), Molise (+4,1%) e Toscana (+0,9%).

Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione pediatrica

Nella stagione 2022-2023, le coperture sono state del 7,2% per la fascia 0-2 anni, 9,2% per 2-4 anni e 22,6% per 5-8 anni. Rispetto alla stagione pandemica 2020-2021, si è osservata una diminuzione per tutte le fasce d'età. A livello regionale, hanno registrato aumenti importanti nella fascia 0-2 anni, Basilicata (+125,0%) e Lombardia (111,3%); Per quanto riguarda la classe di età 2-4 anni, non si osservano aumenti. Da evidenziare sono, invece, i decrementi registrati soprattutto nella PA di Trento (-86,8%) e in Basilicata (-81,0%). Per la fascia 5-8 anni, da evidenziare sono soprattutto gli aumenti osservati in Umbria (+222,4%) e Sicilia (+150,0%).

Sorveglianza dell'influenza in Italia

Nella stagione 2022-2023, l'incidenza di sindromi simil-influenzali ha raggiunto la soglia di "alta intensità", con un picco di 15,72 casi per 1.000 assistiti nella 48^a settimana del 2022. Nell'intera stagione influenzale, il 23,76% della popolazione italiana ha avuto una sindrome simil-influenzale, circa 13.764.900 casi. La fascia d'età 0-4 anni è stata la più colpita (69,63%).

Epatite virale acuta

Dopo l'avvento della pandemia da SARS-CoV-2, nel 2022 si è verificato un ritorno alla "normalità" con un atteso incremento del numero di casi di epatite notificati. Nel 2022 si è registrato un aumento dei casi di epatite B rispetto al 2021, soprattutto nelle regioni del Nord, per un totale in Italia di 113 casi. Per l'epatite C, l'incremento ha riguardato le regioni del Centro, dove non si registrava un numero di casi notificati così elevato dal 2013. Prendendo in considerazione le fasce di età, negli ultimi 2 anni, i tassi di incidenza dell'epatite B per la fascia 15-24 anni sono aumentati (0,02 per 100.000 abitanti nel 2021 vs 0,14 per 100.000 nel 2022). Per quanto riguarda, invece, l'epatite C, da evidenziare l'incremento nei soggetti *over 50* il cui tasso di incidenza è passato da 0,07 per 100.000 abitanti nel 2021 a 0,21 per 100.000 nel 2022. Prendendo in considerazione il genere, nel caso dell'epatite C il tasso di incidenza è passato da 0,03 per 100.000 nel 2021 a 0,11 per 100.000 nel 2022 per le donne e da 0,07 per 100.000 nel 2021 a 0,15 per 100.000 nel 2022 per gli uomini.

Box - Stato dell'eliminazione del morbillo e della rosolia in Italia

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023 sono stati segnalati 43 casi di morbillo (0,7 casi per milione di abitanti) da 10 regioni/PA. Oltre la metà dei casi (23/43) è stata segnalata da 2 regioni (Campania e Lombardia). L'età mediana dei casi è 27 anni; l'incidenza più elevata è stata registrata in bambini sotto i 5 anni di età. Il 93% dei casi totali era non vaccinato. Nello stesso periodo, sono stati segnalati 2 casi di rosolia, di cui uno confermato e uno possibile, in bambini rispettivamente, di 6 anni e 1 anno e 9 mesi di età. Uno dei due casi era non vaccinato, l'altro era vaccinato con una sola dose. L'assenza di casi di rosolia nel corso del 2021 ha portato ad un'analisi retrospettiva dei dati segnalati nel periodo 2018-2020, che ha fornito evidenze scientifiche di assenza di trasmissione interumana del virus. Pertanto, nel mese di giugno del 2023 la CNV del piano di eliminazione del morbillo e della rosolia, ha preso atto che la trasmissione endemica del virus della rosolia è rimasta interrotta per un periodo superiore a 36 mesi e l'eliminazione è quindi "sostenuta".

Disabilità

L'emergenza sanitaria COVID-19 ha aggravato le disuguaglianze già esistenti, colpendo in modo sproporzionato le persone con disabilità a causa delle barriere attitudinali, ambientali e istituzionali a cui devono far fronte ogni giorno.

L'analisi storica mostra una contrazione del ricorso al Pronto Soccorso (PS) durante la pandemia, con un recupero nel 2022 ma rimanendo ancora al di sotto dei valori del 2018. Per le persone con limitazioni, il ricorso al PS è diminuito del 26,15% nel 2020 e del 38,64% nel 2021, con un incremento nel 2022 che ha comunque segnato un -17,95% rispetto al 2018. Per le persone senza limitazioni, i decrementi sono stati ancora maggiori, con un -36,59% nel 2020 e un -46,83% nel 2021, raggiungendo un -30,57% nel 2022.

Nel 2022, il 52,17% delle persone con limitazioni ha effettuato accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi, rispetto al 27,45% delle persone senza limitazioni. L'analisi storica mostra un forte calo fino al 2021, seguito da un leggero incremento nel 2022. Le regioni Friuli-Venezia Giulia e Emilia-Romagna hanno mostrato le percentuali più elevate di ricorso agli accertamenti diagnostici per le persone con limitazioni.

Nel 2022, il 59,60% delle persone con limitazioni ha effettuato una visita specialistica negli ultimi 12 mesi, rispetto al 34,16% delle persone senza limitazioni. Rispetto ai livelli pre-pandemici, c'è stata una contrazione nel ricorso a visite specialistiche, con un lieve incremento nel 2022 che non ha riportato ai livelli del 2018.

Nel 2022, il 54,17% delle persone con limitazioni ha dichiarato difficoltà a raggiungere il PS, rispetto al 47,97% delle persone senza limitazioni. L'analisi storica mostra che questa difficoltà è stata crescente ogni anno fino al 2021.

Nel 2022, il 16,47% delle persone con limitazioni ha rinunciato a visite mediche o accertamenti diagnostici, rispetto al 5,62% delle persone senza limitazioni. Durante la pandemia, queste percentuali sono aumentate significativamente rispetto al 2018.

In sintesi, la pandemia ha avuto un impatto significativo sull'accesso ai servizi sanitari, con una diminuzione del ricorso al Pronto Soccorso e agli accertamenti diagnostici, specialmente per le persone con limitazioni. Sebbene vi sia stato un recupero nel 2022, i livelli pre-pandemici non sono ancora stati raggiunti, evidenziando la necessità di interventi mirati per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari.

Salute mentale

Nel 2022, il valore medio del Mental Health Index (MHI) è stato 68,71, migliorando rispetto al 2021 e al 2019. Il benessere mentale è più alto tra i giovani e cala con l'età: da 73,6 tra i 14-17 anni a 70,0 tra i 18-34 anni e 63,2 oltre gli 80 anni. Le donne hanno punteggi medi inferiori rispetto agli uomini, con un divario maggiore tra giovani e anziani. La pandemia ha peggiorato il benessere psicologico, recuperato parzialmente nel 2022. Le regioni del Sud mostrano i peggiori livelli di MHI: Campania 67,7; Molise e Basilicata 67,8. Le regioni con i migliori valori, oltre Bolzano, sono Sardegna (71,0), Trento (70,9) e Lazio (70,6). Nel 2022, la quota di individui con severo disagio psicologico è scesa al 21,1% (22,4% nel 2021). Le peggiori condizioni si osservano tra le donne, con uno svantaggio di 7,1 punti percentuali rispetto agli uomini. La Calabria e il Molise presentano le quote più elevate di persone con disagio psicologico severo (23,2%), mentre Bolzano ha la quota più bassa (13,5%). Dal 2011 al 2022, il consumo di farmaci antidepressivi è aumentato significativamente. Dopo una stabilità iniziale nel 2011-2012 (38,5 e 38,6 DDD/1.000 abitanti al giorno), c'è stato un lieve aumento dal 2013 (39,0) al 2016 (39,7, +1,8%) e un incremento maggiore dal 2017 (40,4) al 2022 (45,8, +13,4%). Nel 2022, il consumo è aumentato del 2,7% rispetto al 2021, con una variazione media annuale dell'1,6% dal 2011. Le regioni del Centro hanno il consumo medio più alto (51,3 DDD/1.000 abitanti al giorno), superiore del 6% rispetto al Nord (48,5) e del 33% rispetto al Sud (38,5). Nel 2022, tutte le regioni hanno registrato un aumento del consumo, dal minimo dello 0,3% in Umbria al massimo del 4,3% in Piemonte. La Toscana ha registrato il consumo più alto (67,6), mentre Basilicata e Campania il più basso (35,8). Altri consumi elevati sono stati osservati in Liguria (60,3), Bolzano (59,0), Umbria (57,8) ed Emilia-Romagna (57,1). Le regioni del Sud e le Isole hanno avuto consumi inferiori alla media nazionale, con Sicilia (36,4) e Puglia (36,5). Nel 2022, il tasso di dimissione per disturbi psichici è stato più alto in Liguria, Valle d'Aosta e Bolzano. Bolzano ha avuto il tasso maggiore nelle fasce 20-64 (44,28 per gli uomini e 47,48 per le donne) e 65-74 anni. Le regioni con i tassi di dimissione più bassi per gli uomini sono Lombardia, Campania e Trento, e per le donne Campania, Lombardia e Sicilia. Dal 2003 al 2022, il tasso di dimissione è diminuito costantemente fino al 2019 (48,13 per gli uomini e 43,76 per le donne), calando nel 2020 (44,28 per gli uomini e 47,48 per le donne). Tuttavia, nel 2022, il tasso è aumentato ai livelli pre-pandemici del 2019. Nel 2022, il tasso di dimissione per le donne (47,48) ha superato quello degli uomini (44,28) per la prima volta dal 2012. Nel 2022, 24.832 persone di età 15 anni e oltre sono state dimesse da ospedali con diagnosi di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive, in aumento rispetto alle 23.609 del 2021. Il tasso di ricoveri per alcol è sceso da 63,56 per 100.000 nel 2003 a 22,92 per 100.000 nel 2022. I ricoveri per droghe sono rimasti stabili tra il 2003 (32,46 per 100.000) e il 2016 (31,33 per 100.000), poi sono aumentati a circa 34 per 100.000 fino al 2019, scendendo a 26,55 per 100.000 nel 2020 e risalendo a 31,45 per 100.000 nel 2022. La fascia di età 20-64 anni ha avuto i tassi più elevati (83,04 per 100.000 per gli uomini e 33,80 per 100.000 per le donne). I tassi più alti per gli uomini sono stati registrati nella PA di Bolzano (213,63 per 100.000), mentre i più bassi in Campania (27,86 per 100.000). Per le donne, i tassi più alti sono stati ancora nella PA di Bolzano (84,70 per 100.000) e i più bassi in Campania (10,97 per 100.000). Nel biennio 2019-2020, il tasso medio annuo di mortalità per suicidio tra i residenti di età 15 anni e oltre è stato di 7,03 per 100.000 abitanti. In termini assoluti, 7.284 persone si sono suicidate nel biennio, con gli uomini che rappresentano il 78,2%. Il tasso di mortalità standardizzato per gli uomini è stato di 11,35 per 100.000 e per le donne di 2,85 per 100.000. Nel 2020, l'incremento del tasso di suicidi tra gli uomini anziani è stato evidente, mentre per le donne si è osservata una riduzione nelle età più giovani. Nel biennio 2019-2020, il tasso medio annuo di mortalità per omicidio tra i residenti di età 15 anni e oltre in Italia è stato di 0,42 per 100.000 abitanti. Nel 2019 sono state uccise 230 persone e nel 2020, 203. Le donne rappresentano il 39% delle vittime. I tassi di mortalità per omicidio sono diminuiti significativamente per entrambi i sessi dal 1990, ma la riduzione è stata più marcata per gli uomini. Il tasso standardizzato di mortalità per omicidio nel biennio 2019-2020 è stato di 0,53 per 100.000 per gli uomini e di 0,31 per 100.000 per le donne.

Salute materno-infantile

Gli indicatori si riferiscono all'anno 2022, con l'unica eccezione dei dati sulla PMA, provenienti dal Sistema di Sorveglianza dell'ISS, al momento disponibili per l'anno 2021.

Nel 2022, il panorama delle nascite in Italia ha continuato a mostrare un calo; infatti, sono stati registrati 387.835 parti, con una diminuzione dell'1,8% rispetto al 2021 e del 26% negli ultimi 10 anni. Questo trend negativo è stato accompagnato dalla chiusura di 4 punti nascita rispetto all'anno precedente. Il 62% dei parti è avvenuto in strutture che gestiscono oltre 1.000 casi l'anno, mentre il 7,6% in quelle con meno di 500 parti annui.

Nel 2022, la proporzione di TC è stata pari a 32,57% (invariato rispetto all'anno precedente) con una evidente variabilità tra le regioni che vede come valore minimo il 20,55% registrato nella PA di Trento e come valore massimo il 47,68% riportato in Campania. Anche per i TC primari, la percentuale nazionale è salita leggermente dal 19,13% al 19,86%.

La classificazione dei parti secondo le Classi di Robson, strumento per valutare l'appropriatezza dei TC, evidenzia ulteriori criticità. Infatti, i parti a basso rischio (Classe 1) risolti con TC continuano a riguardare una quota non trascurabile di cesarei (12,8%), senza sostanziali modifiche nel tempo.

Gli indicatori relativi agli accertamenti effettuati dalle donne in gravidanza sono stati stratificati sia secondo il decorso della gravidanza (fisiologico o patologico) sia per titolo di studio della donna.

Il 7,7% delle donne con gravidanza fisiologica e l'11,6% con gravidanza patologica hanno effettuato la prima visita oltre la decima settimana, con valori più alti al Nord-Est. Il 3% con gravidanza fisiologica e il 3,8% con patologica hanno effettuato <3 ecografie, con punte del 9,3% e 13% in Liguria. Nel 2022 il 5,3% delle donne con gravidanza patologica e il 3,4% con gravidanza fisiologica si sono sottoposte ad indagini prenatali invasive, con un calo rispetto al 2019 (6,2%).

Per quanto riguarda i controlli prenatali, oltre il 90% delle donne ha effettuato più di 4 visite, ma alcune regioni come Umbria, Calabria, Friuli-Venezia Giulia e Liguria sono al di sotto di questa soglia. Le donne meno giovani e con titolo di studio medio-alto tendono a effettuare più correttamente gli accertamenti rispetto alle altre.

I nati prematuri sono stati il 6,9% (0,9% casi gravemente pretermine) e il 7% pesa <2.500 grammi (0,9% <1.500 grammi). Questi fattori sono strettamente correlati e influenzano la percentuale di neonati piccoli (9,9%) o grandi (12,7%) per l'età gestazionale. Lo 0,7% dei neonati ha avuto punteggio Apgar <7, percentuale che sale al 19,8% per i nati <1.500 grammi.

A seguito della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2, nel 2020, tutte le procedure mediche non ritenute urgenti sono state sospese o procrastinate, tra cui i trattamenti di PMA. Nel 2021 si osserva un'evidente ripresa dell'attività, sia in termini di procedure eseguite che in termini di risultati conseguiti. Infatti, si registrano 108.067 cicli di trattamento (+36%), 23.404 gravidanze (+48%) e 16.625 nati vivi (+47%). In Italia, ogni 1.000 nati vivi, 42 nascono da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita. Si è registrato un aumento dei cicli di fecondazione assistita del 36% nei centri privati, 37,1% nei privati convenzionati e 35,7% nei pubblici rispetto al 2020. Il 14,6% dei cicli ha previsto l'uso di gameti o embrioni donati, con forti differenze regionali (27,1% nel Lazio, 24% nella PA di Bolzano, 22,4% in Friuli-Venezia Giulia). Il tasso cumulativo di gravidanze è stato del 36,7%, inferiore alla media europea (42,3%) per la minore proporzione di tecniche di scongelamento. La quota di parti multipli è stata del 7,1%, in calo ma con aumenti in Campania (+27,8%) e Piemonte (+15,8%).

Il tasso di abortività volontaria per l'anno 2022 è risultato uguale a 5,5 casi per 1.000 donne residenti in età feconda, in lieve incremento rispetto al biennio pandemico 2020-2021, durante il quale si è assistito ad una diminuzione più marcata rispetto al trend storico. Sono state registrate 73.207 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), con un tasso maggiore (9,4 per 1.000 donne) nella classe di età 30-34 anni. Per la prima volta, le IVG effettuate con metodo farmacologico hanno superato la metà degli interventi (64,4%).

Secondo un nuovo metodo di stima, che prevede l'integrazione di diverse fonti di dati e di diversi metodi di rilevazione, sul totale delle 368 morti materne identificate entro 42 giorni dall'esito della gravidanza,

l'emorragia ostetrica è la prima per frequenza (MMR = 1,74 per 100.000), seguita da sepsi (MMR = 1,12 per 100.000), patologia cardiaca (MMR = 0,91 per 100.000), tromboembolismo (MMR = 0,64 per 100.000) e disordini ipertensivi della gravidanza (MMR = 0,62 per 100.000). Mentre, sul totale delle 308 morti materne tardive, identificate tra 43 and 365 giorni dall'esito della gravidanza, il suicidio è la prima causa per frequenza (29,9%), seguita dalle neoplasie (28,6%) e dalla patologia cardiaca (11,7%).

Solo il 32,1% delle donne ha assunto l'acido folico in modo appropriato durante la gravidanza, ovvero da almeno un mese prima del concepimento fino al terzo mese di gestazione. Questo dato mostra una notevole variabilità regionale, con valori più bassi nelle regioni del Centro-Sud e Isole rispetto a quelle del Nord.

Per quanto riguarda l'allattamento esclusivo nei primi mesi di vita, i dati mostrano una significativa variabilità regionale. Le percentuali più basse sono state registrate nel Meridione, con il 29,6% in Sicilia, mentre nel Centro-Nord si raggiunge il 62,5%, come osservato nella PA di Trento.

Salute della popolazione straniera

L'Italia sta attraversando significative trasformazioni sociali e demografiche, in parte dovute all'immigrazione. Questo fenomeno ha un impatto rilevante su vari aspetti della salute pubblica. Di seguito, vengono riassunti i dati più significativi per ciascun indicatore richiesto, basati sul rapporto "Salute della popolazione straniera". Al 1° gennaio 2023, la popolazione straniera residente in Italia è di circa 5,1 milioni, pari all'8,7% del totale della popolazione residente. A livello nazionale, oltre il 27% ha nazionalità di un Paese comunitario e circa il 20% di un Paese europeo ma non facente parte dell'UE-28 Paesi membri; da sottolineare, come quasi uno straniero residente su due provenga da un Paese europeo. Le principali comunità sono rumeni, albanesi e marocchini per gli uomini, mentre per le donne, le comunità più rappresentate sono rumene, albanesi ed ucraine.

Nel 2022, il 20% dei nati in Italia ha la madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre; il 15,7% ha almeno il padre straniero, mentre la quota di nati da entrambi i genitori stranieri è del 13,5%. Le regioni con la maggiore incidenza di nati da genitori stranieri sono Emilia-Romagna (21,8%), Lombardia (19,9%) e Liguria (19,7%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare estremamente contenuta e raggiunge il suo minimo in Sardegna.

Nel 2022, si sono registrati circa 7,6 milioni di ricoveri, il 4,5% in più rispetto al 2021, ma ancora il 12,1% in meno rispetto alla media del triennio 2017-2019, di cui il 6% riguardante stranieri dei Pfp. La ripresa dei ricoveri per questi cittadini appare più veloce rispetto agli italiani, probabilmente per la struttura per età più giovane e il maggior numero di eventi legati alla gravidanza. I tassi di ospedalizzazione per gli stranieri sono generalmente più bassi rispetto agli italiani (87,8 vs 133,3 per 1.000 abitanti).

Nel 2022, le IVG effettuate da donne straniere si stimano essere un totale di 65.652 e rappresentano il 27,4% del totale. La percentuale di IVG è più elevata nelle regioni del Nord e del Centro Italia. Il tasso di abortività, tra le donne straniere, nel 2003 presentava un valore 5,4 volte superiore alle italiane, nel 2022 tale differenza scende a 2,5. Il ricorso all'IVG, nel 2022 in entrambi i gruppi, si è spostato ad età più elevate: per le donne dei Pfp 25-29 vs 30-34 anni per le italiane.

Nel 2022 in Italia si sono verificati 383.648 parti, di cui 73.226 (18,9%) è relativo a madri straniere con cittadinanza nei Pfp. Tale percentuale è sensibilmente più elevata nelle regioni del Centro-Nord. L'età media al parto per le donne straniere è aumentata da 30,1 anni nel 2019 a 30,6 anni nel 2022, mentre per le italiane è passata da 32,5 a 32,7 anni. In corrispondenza delle prime 10 cittadinanze straniere presenti, nel 2022 si concentra il 60% circa dei parti da madri Pfp e il 40% è di madri rumene, albanesi e marocchine.

Nel 2022, si evidenzia una maggiore difficoltà di accesso e di ricorso agli accertamenti da parte delle donne straniere rispetto alle italiane: l'83,9% delle prime ha effettuato più di 4 visite in gravidanza, rispetto al 92,7% delle italiane. Il 18,8% ha effettuato la prima visita tardivamente vs il 5,5% delle italiane. Inoltre, l'11% ha effettuato un numero insufficiente di ecografie, rispetto al 4,5% delle italiane. Infine, con riferimento alle indagini prenatali invasive, le italiane vi hanno fatto ricorso nel 4,0% dei parti mentre le straniere solo nel 2,7%.

Nel biennio 2021-2022 i nati vivi da donne dei Pfp sono il 18,7% dei nati vivi. Nello stesso periodo, la quota dei nati vivi pre-termine, nati da madri italiane è al 6,7% vs il 7,9% dei nati da madri straniere. La percentuale di nati vivi gravemente pre-termine è, rispettivamente, dello 0,8% e dello 1,2%. Non ci sono differenze significative nella percentuale di nati sottopeso.

I casi di AIDS degli stranieri di genere maschile sono progressivamente diminuiti e dal 2020 sono rimasti al di sotto di 100 l'anno. Riguardo il numero di donne straniere è diminuito negli ultimi anni, assestandosi nel 2022 su 58 casi/anno. Si evidenzia, come, a fronte della diminuita incidenza dell'AIDS nel tempo, persista ancora nel 2022 una marcata differenza tra i tassi di incidenza degli stranieri (residenti) e quelli degli italiani: rispettivamente, 3,8 vs 0,9 per 100.000 tra gli uomini (RR = 4,2) e 2,0 vs 0,2 per 100.000 tra le donne (RR = 10,3). Nel periodo 2006-2022 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza HIV poco più di 49.000 nuove diagnosi tra i maggiorenni residenti, di cui 14.203 a carico di stranieri. Per quanto riguarda i tassi di incidenza, si osserva una diminuzione tra gli stranieri e nel 2022 si attesta intorno a 13 per 100.000 stranieri. Il RR per gli stranieri rispetto alla popolazione italiana è risultato pari a 4,7 nel 2022.

I casi di epatite A acuta notificati tra il 2004 e il 2023 sono stati 9.242, di questi il 13,4% (1.239) è insorto nella popolazione straniera. Dal 2021 al 2023 si registra un lieve incremento dell'incidenza sia nella popolazione italiana (0,49/100.000 nel 2023 vs 0,25/100.000 nel 2021) sia straniera (0,83/100.000 nel 2023 vs

0,56/100.000 nel 2021). Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati 5.357 casi, di questi il 17,2% (919 casi) in cittadini stranieri. Nel 2020, l'Italia è diventata il primo Paese in Europa a raggiungere alcuni degli obiettivi regionali dell'OMS in materia di epatite B. Nel 2023 italiani e stranieri presentavano un'incidenza di 0,27 e 0,64 per 100.000, rispettivamente. Nel periodo 2004-2023, invece, sono stati notificati 1.305 casi di epatite C acuta, di cui 110 (8,4%) relativi a stranieri. Infine, dal 2004 al 2023, sono state notificate 355 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, a carico di cittadini stranieri. I casi attribuibili al virus dell'epatite E (HEV) risultano un numero rilevante (pari al 25,5%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti del Sud-Est asiatico. Nel periodo considerato sono stati segnalati, inoltre, 21 casi di epatite acuta di tipo Delta in stranieri Pfp.

L'incidenza della tubercolosi tra gli stranieri è diminuita grazie alle politiche di prevenzione e controllo. Da evidenziare una sostanziale e costante riduzione del tasso di incidenza negli stranieri (da 71,73 nel 2009 fino a 25,60 per 100.000, nel 2022).

Nel 2021 si sono verificati 10.682 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 8.876 residenti (circa l'83% del totale) e 1.806 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei Pfp rappresenta quasi l'87%. Con riferimento agli anni 2019-2021, per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza, i Tumori seguiti dalle Malattie del sistema circolatorio, le Cause naturali, e le Cause violente rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni.

Assetto economico-finanziario

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è stata del 6,70% del PIL, una leggera flessione rispetto al 2021. La spesa per servizi sanitari forniti direttamente ha costituito il 4,20% del PIL, in calo dal 4,40% del 2021, mantenendo il ruolo predominante con circa il 63% della spesa totale. La spesa per prestazioni in convenzione è stata del 2,15% del PIL, suddivisa in: case di cura private (0,51%), altre prestazioni (0,44%), assistenza farmaceutica (0,38%), assistenza medica generica (0,36%), assistenza medica specialistica (0,27%) e assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,18%). Le differenze regionali persistono, con spese più basse in Lombardia (4,95%), Trento (5,15%) e Bolzano (5,34%) e più alte in Sicilia (10,98%) e Calabria (10,42%). Esiste un netto gradiente Nord-Sud, con le regioni meridionali che superano la media nazionale di almeno un punto percentuale. La spesa per servizi forniti direttamente varia dal 55% al 77% della spesa totale a livello regionale, mentre la spesa per prestazioni in convenzione oscilla tra il 17% e il 40%. Lombardia e Lazio registrano il peso maggiore per prestazioni in convenzione, coprendo circa il 40% della spesa sanitaria pubblica. Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia ha registrato un incremento del 3,2% rispetto al 2021, raggiungendo 2.212€. Questo incremento è inferiore rispetto al periodo precedente (4,7%), portando il tasso medio composto annuo per il periodo 2011-2022 a 2,1%. L'Italia continua a essere tra i Paesi con la spesa sanitaria più bassa tra i 32 dell'area OCSE, posizionandosi insieme ai Paesi dell'Europa dell'Est. Tutte le regioni hanno contribuito all'incremento, con crescite che vanno dal +2,8% nella PA di Trento al +3,7% in Basilicata. I valori massimi e minimi della spesa regionale variano da 2.914€ nella PA di Bolzano a 2.026€ in Calabria. Per il 2021, la spesa sanitaria privata pro capite in Italia ha mostrato una significativa crescita rispetto al 2020, dopo il rallentamento registrato nel 2020. La distribuzione regionale della spesa sanitaria per il 2021 ha mostrato una ripresa equidistribuita su tutto il territorio nazionale. La crescita della spesa sanitaria privata pro capite nel 2021 è stata sempre superiore alla crescita della spesa sanitaria pubblica pro capite. Le regioni del Nord, ad eccezione della Liguria, hanno mantenuto valori superiori alla media nazionale, mentre le regioni del Sud hanno confermato valori inferiori alla media nazionale. Il *gap* tra le regioni è aumentato da 647€ nel 2011 a 690€ nel 2021. Nel 2022, il disavanzo sanitario nazionale in Italia ammonta a circa 1,4 miliardi di euro, evidenziando un peggioramento rispetto al 2021. Disavanzi più elevati si erano registrati solo fino al 2013. Escludendo le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le Province Autonome, il disavanzo è pari a 583 milioni di €. Il disavanzo medio nazionale pro capite per il 2022 è di 24€. Le regioni a Statuto Speciale e le Province Autonome mostrano disavanzi pro capite elevati, considerati fisiologici poiché derivano dalla volontà di destinare più risorse al Servizio Sanitario Regionale rispetto alla quota parametrata. Tra le regioni a Statuto Ordinario e la Sicilia, solo Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Campania e Calabria presentano un bilancio in equilibrio. L'avanzo della Calabria, pari a 76€ pro capite, è da considerarsi patologico in quanto collegato al ritardo negli interventi per l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Nel Centro-Nord, il disavanzo del Piemonte è di 7€ pro capite, mentre Emilia-Romagna (23€) e Toscana (21€) si avvicinano alla media nazionale. La Liguria eccede ampiamente la media con un disavanzo di 43€. Nel Centro-Sud e Isole, i disavanzi di Abruzzo (5€) e Sicilia (8€) sono contenuti, mentre Basilicata (18€) è inferiore alla media nazionale. Puglia (38€) e Lazio (39€) superano ampiamente la media nazionale e il Molise ha un disavanzo elevato di 149€. La Sicilia ha beneficiato di una posta straordinaria una tantum di circa 249 milioni di € e la regione è stata invitata a monitorare i costi del SSR e a presentare il Programma operativo 2023-2025. Anche la Basilicata è stata invitata a migliorare la gestione dei conti sanitari per non compromettere i dati regionali e a presidiare le proprie Aziende sanitarie. Il Lazio deve presentare il Programma operativo 2023-2025 per garantire la sostenibilità del SSR, e la Puglia è stata esortata a programmare un riequilibrio strutturale del SSR. Il Molise continua a registrare importanti disavanzi annuali e deve garantire la copertura di ingenti perdite pregresse nonostante gli aiuti finanziari ricevuti. La struttura commissariale del Molise deve approntare misure urgenti per riportare la programmazione in pareggio e avviare un percorso di efficientamento del SSR per garantirne la sostenibilità e l'adeguata erogazione dei LEA.

Assetto istituzionale-organizzativo

Spesa per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Nel 2021 la spesa per il personale dipendente del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 0,3 punti percentuali tra il 2018 e il 2021, passando dal 30,0% al 29,7%; si conferma, quindi, la tendenza già osservata a partire dal 2010. La riduzione della spesa più elevata si è registrata in Molise, Valle d'Aosta, Marche, Basilicata e Umbria (rispettivamente -2,9, -2,2, -1,8, -1,8 e -1,7 punti percentuali); solo una di queste regioni (il Molise) è sottoposta a Piano di Rientro. Solo in cinque regioni si registra un aumento della spesa (Lazio, Puglia, Campania, Abruzzo ed Emilia-Romagna), con la Toscana che registra un dato invariato.

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

A livello nazionale, la spesa per il personale rapportata alla popolazione residente, nel periodo 2018-2021, mostra un aumento del 10,6%, passando da un valore di 575,4€ ad un valore di 636,7€; si conferma, così, la tendenza osservata nel 2020. L'aumento della spesa osservata a livello nazionale si riflette in tutte le regioni e PA: la spesa più alta, pari a 1.368,8€ (732,1€ in più rispetto al dato nazionale), si registra nella PA di Bolzano, seguita dai 1.004,1€ (367,4€ in più rispetto al dato nazionale) della Valle d'Aosta, mentre la regione con una spesa pro capite minore è il Lazio, che registra un valore di 521,1€ pro capite (115,6€ in meno rispetto al dato nazionale). Più in generale, rispetto al dato nazionale di 636,7€, al Nord si registra un dato medio di 825,5€, al Centro di 687,2€, mentre al Mezzogiorno di 628,3€.

Nel 2021, i dipendenti del SSN sono 670.578, di cui il 57,9% costituito da personale medico e infermieristico. Il personale dipendente del SSN comprende, prevalentemente, persone di età compresa tra i 40-59 anni (63,3%) e da personale di età ≥ 60 anni (15,9%). A livello regionale, su questo ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: nel Nord la percentuale di personale di età < 40 anni è pari al 24,3%, mentre nel Sud e nelle Isole è del 14,4% (Centro 20,3%); al contrario, nel Nord la componente di personale di età ≥ 50 anni è del 50,8%, mentre nel Sud e nelle Isole è del 63,2% (Centro 54,6%).

L'analisi per genere mostra che, nel 2021, le donne rappresentano il 68,7% del personale dipendente, mentre gli uomini il 31,3%. In particolare, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le fasce di età considerate (0-29, 30-39, 40-49 e 50-59, ≥ 60 anni). A livello regionale, quest'ultima statistica è confermata in tutte le regioni.

Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2021 il personale medico rappresenta il 16,1% del totale del personale, rispetto al 2018 quando i medici erano il 17,2%), a livello nazionale i medici di età 50-59 anni sono il 26,6% (nel 2018 erano il 33,9%), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 27,7% (nel 2018 erano il 24,4%). Nella fascia di età 50-59 anni si è registrato, quindi, sia a livello nazionale, che nelle macroaree geografiche, l'unico decremento nel periodo 2018-2021 (-7,2 punti percentuali a livello nazionale, -6,3 punti percentuali al Nord, -8,2 punti percentuali al Centro e -7,9 punti percentuali nel Mezzogiorno).

Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico del SSN (nel 2021 rappresenta il 41,7% del totale personale del SSN, rispetto al 2018 quando costituiva il 41,3%), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 25,2% del totale (nel 2018 erano il 34,5%). In questa fascia di età, quindi, si evidenzia una diminuzione di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle fasce di età 50-59 e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 40,5% e il 17,9% del totale (nel 2018 erano il 38,4% e il 14,5%).

Compensazione del turnover

Il tasso di compensazione del turnover, nel 2021, è pari al 111,5%, evidenziando una inversione della tendenza riscontrata nelle annualità precedenti il 2018. Si ricorda che il trend storico tra il 2008 e il 2012 ha evidenziato un tasso di compensazione costantemente in riduzione, arrivando a segnare 68,9% nel 2012 (nel 2008 il tasso è stato del 97,2%), circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (nel 2011 si è registrato un tasso pari a 78,2%).

A livello regionale si riscontrano 9 regioni con tasso di compensazione del turnover minore al 100%, in particolare in Molise si registra il valore più basso (25,4%). Nelle altre regioni, invece, si riscontra un aumento che di fatto va a formare il dato nazionale sopramenzionato: si va dal 136,2% del Lazio al 100,3% dell'Abruzzo. Nel 2021 si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole più marcato rispetto agli anni

precedenti: le regioni del Nord fanno segnare un tasso di compensazione pari al 114,0%, quelle del Centro un tasso del 126,5%, mentre quelle del Mezzogiorno un tasso pari al 96,5%.

Personale medico e infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

A livello nazionale, nel 2021, il numero di medici e odontoiatri del SSN è stato di 108.253 unità (-3% rispetto al 2018). Per quanto riguarda il tasso di medici e odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti, in quasi tutte le regioni e PA si riscontra la tendenza negativa registrata a livello nazionale. Per quanto riguarda il personale infermieristico, si riscontra a livello nazionale un aumento del numero di unità (4,6%), che passano da 267.523 nel 2018 a 279.836 nel 2021. In questo caso, però, i trend regionali non sono omogenei rispetto al dato nazionale: in 7 regioni il dato è contrario a quello nazionale (Valle d'Aosta, Liguria, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).

Assistenza territoriale

L' Assistenza territoriale, detta anche Assistenza Primaria è un sistema complesso di offerta di salute volta al primo contatto e alla presa in carico di individui e comunità, caratterizzata da relazioni evolutive tra più attori. Anche quest'anno l'Edizione del Rapporto Osservasalute 2023 illustra l'applicazione di indicatori "core" al fine di misurare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, nonché l'appropriatezza e gli esiti dei processi assistenziali nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità.

In Italia, per l'anno 2022, si contano 459.153 cittadini con età ≥ 65 anni che sono inseriti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), corrispondente al 3,26% della popolazione ultra 65enne media residente, con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 5,5%. L'accorpamento per macroaree mostra un andamento disomogeneo con una flessione per il Sud ed Isole (-3,7%), il mantenimento della crescita per il Nord (+8,0%) e una accelerazione dell'incremento per le regioni del Centro (+13,9%). Se si analizza un target di età più elevato, gli ultra 75enni, si registra un tasso di assistiti in ADI pari al 5,32%, in incremento rispetto all'anno 2021.

I posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono nel 2021 complessivamente 327.844 a livello nazionale, pari a 55,5 ogni 10.000 abitanti. La parte più ampia è per anziani non autosufficienti (191,3 per 10.000), la restante è rivolta ad utenti con disabilità (13,1 per 10.000). Si evidenziano forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e si riduce sensibilmente nelle altre aree del Paese. I più alti livelli si registrano nella PA di Trento (107,4 per 10.000), mentre la più bassa dotazione si riscontra in Campania (10,7 per 10.000).

Nel 2021 gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 218.800 (155,7 per 10.000 anziani residenti). Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente, 47.726 (13,3 per 10.000 adulti residenti) e 2.062 (2,2 per 10.000 minori residenti).

Il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani, mentre nel Meridione il tasso di ricovero si riduce e tocca i valori minimi in Campania.

A livello nazionale, nel 2022, il tasso di ospedalizzazioni per asma in età pediatrica è pari a 0,24 per 1.000, in lieve rialzo rispetto al 2021 (+20,00%). Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per asma è significativamente più alto nei bambini di età < 1 anno, così come nei soggetti di età 1-4 anni e 10-14 anni. L'aumento delle ospedalizzazioni per asma pediatrica tra il 2021 e il 2022 ha coinvolto 15 regioni, mentre è diminuito nelle restanti 5 regioni (PA di Trento, Liguria, Toscana, Umbria e Marche).

A livello nazionale, nel 2022, il tasso di ospedalizzazioni per gastroenterite in età pediatrica è pari a 1,15 per 1.000, in marcato rialzo rispetto al 2021 (+57,53%). Rispetto ai ragazzi di età 15-17 anni, il rischio di ricovero per gastroenterite è significativamente più alto nei bambini di età < 1 anno, così come nei soggetti di età 1-4 anni e 10-14 anni. L'aumento delle ospedalizzazioni per gastroenterite pediatrica tra il 2021 e il 2022 ha coinvolto tutto il territorio nazionale ad eccezione della Valle d'Aosta. Le regioni del Mezzogiorno confermano performance significativamente peggiori o in linea con il dato nazionale, mentre la maggior parte delle regioni del Nord e del Centro mostrano tassi inferiori al valore nazionale.

Nella riclassificazione dei tassi di ospedalizzazione in forma di Indice sintetico sono rappresentate le aree territoriali classificate secondo i cinque cluster di riferimento, per il biennio 2020-2021 e per il singolo 2022. Si registrano i punteggi migliori (cluster "basso" e "medio-basso") per la totalità delle aree del Piemonte, per le ATS della Lombardia confinanti con quest'ultimo, per buona parte delle aree di Toscana, Marche e Lazio, e per aree mediamente popolate di alcune regioni del Sud-Italia ed Isole. Interessante notare come i risultati si modificano con l'introduzione del fattore di correzione (propensione al ricovero). A differenza del biennio precedente, non si notano sensibili miglioramenti a seguito dell'applicazione della propensione ospedaliera, probabilmente per la riduzione di numerosità di queste classi.

Nell'anno 2022, su un totale di 25.585.646 prime visite erogate ad assistiti residenti in Italia, il 97,3% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza, mentre su un totale di 26.964.788 visite di controllo, il dato è del 96,5%. Prosegue il trend in crescita dopo la forte flessione osservata nel 2020, ma si mantiene ancora al di sotto dei valori del 2019. Ad eccezione della Valle d'Aosta e della Liguria, le regioni con le più alte percentuali di fughe si concentrano nel Meridione. La distribuzione delle visite per tipologia di prescrittore non ha subito forti cambiamenti dal 2019 al 2022. La variabilità tra le regioni è piuttosto marcata, ma osservando la mappa italiana non è possibile apprezzare un chiaro gradiente geografico Nord-Sud ed Isole. In generale, quasi tutte le regioni hanno visto diminuire i propri tassi di erogazione di prime visite dal 2019 al

2022 (fanno eccezione Lombardia, Campania, PA di Trento, Lazio, Toscana ed Emilia-Romagna) e tutte quante hanno ridotto i tassi di visite di controllo.

Considerando il fermento in relazione al piano di riordino previsto dal DM n. 77/2022 e al cronoprogramma della realizzazione dei progetti del PNRR, maggiore enfasi tra i *decision maker* deve essere posta in una visione preventiva, proattiva e di presa in carico nei modelli organizzativi di assistenza territoriale. Un approccio *comprehensive*, basato sul monitoraggio continuo e sulle evidenze scientifiche, è potenzialmente in grado di garantire una maggiore sostenibilità economica, sociale e ambientale al SSN, producendo valore

Assistenza farmaceutica territoriale

Nel 2022, la spesa farmaceutica pubblica lorda, pari a 23,5 miliardi, rappresenta il 68,9% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,9% della spesa sanitaria pubblica ed è in lieve aumento rispetto al 2021 (+5,5%). La voce a maggior incidenza sulla spesa è rappresentata da ASL, Aziende Ospedaliere, Residenze Sanitarie Assistenziali e penitenziari (43,9% della spesa pubblica).

La spesa a carico del cittadino, comprendente la quota della compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento), l'acquisto privato dei medicinali di Classe A e la spesa dei farmaci di Classe C, ha registrato un totale di 9,9 miliardi di € con un aumento del 7,6% rispetto al 2021. La compartecipazione a carico dei cittadini (comprensiva del ticket per confezione e della quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto) è stata pari al 15,2% della spesa farmaceutica convenzionata lorda e mostra un lieve incremento dell'1,4% rispetto al 2021. L'ammontare complessivo della spesa per compartecipazioni a carico del cittadino sui medicinali di Classe A è risultato pari a 1.501 milioni di € e ha registrato un aumento (+1,4%) rispetto all'anno precedente. Rispetto al 2021, la variazione della spesa (+1,4%) è stata essenzialmente determinata dall'aumento della spesa relativa al ticket per ricetta/confezione (+4,8%), mentre rimane stabile la compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+0,1%).

Consumo territoriale di farmaci a carico del SSN

Nel 2022, la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 34,1 miliardi di € ed è aumentata rispetto all'anno precedente del 6,0%. Sempre nell'anno in esame, la spesa farmaceutica pro capite, sommata nelle sue componenti, è stata di 419,37€, con un aumento pari al 14,8% rispetto al 2021 (365,30€). In regime di assistenza convenzionata, invece, in media ogni giorno sono state consumate 1.140,6 dosi ogni 1.000 abitanti di farmaci di fascia A rimborsati dal SSN, con un incremento dello 0,7% in confronto al 2021.

A livello nazionale, le classi terapeutiche a maggior consumo nel canale della convenzionata sono i farmaci cardiovascolari (487,4 DDD/1.000 ab die), i farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo (279,5) ed i farmaci del sangue e degli organi emopoietici (90,7).

A livello regionale, il consumo più elevato di farmaci cardiovascolari si registra in Umbria (583,2 DDD/1.000 ab die), seguita da Campania (538,9 DDD/1.000 ab die), ed Emilia-Romagna e Puglia (entrambe con 510,0 DDD/1.000). I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo presentano dei valori di consumo superiori nelle regioni meridionali, in particolare Campania (355,3 DDD/1.000 ab die), Basilicata (335,8 DDD/1.000 ab die), Sardegna (327,6 DDD/1.000 ab die) e Puglia (315,3 DDD/1.000 ab die).

Per quanto riguarda la spesa pubblica totale, tutte le classi di farmaci registrano un incremento rispetto all'anno precedente, ad eccezione del sistema genito-urinario e ormoni sessuali in cui si osserva una flessione minima (-0,7%). I maggiori incrementi sono osservati per i farmaci dermatologici (+31,4% rispetto al 2021) e per i farmaci dell'apparato respiratorio (+16,9% rispetto al 2021). Entrambi gli incrementi sono stati registrati, prevalentemente, nel canale degli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche ed i farmaci antineoplastici e immunomodulatori sono stati quelli a maggiore spesa (113,04 €).

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del SSN

Nel 2022, la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del SSN è pari a 165,8€, in aumento dell'1,5% rispetto al 2021 (163,3€). Le regioni con la spesa pro capite per farmaci più elevata sono Campania (197,9€), Basilicata (190,8€), Calabria (187,8€), Puglia (186,3€) e Lombardia (186,2€). Le regioni che hanno la spesa pro capite più bassa sono, invece, PA di Bolzano (115,3€) con un valore molto inferiore rispetto al dato nazionale, Emilia-Romagna (130,7€), Valle d'Aosta (131,5€), Veneto (132,9€) e Toscana (137,3€). Per quanto riguarda le variazioni di spesa rispetto al 2021, solo 4 tra regioni e PA, presentano una riduzione anche se minima, mentre il resto delle regioni presenta un aumento. Le regioni che presentano una diminuzione di spesa sono Umbria (-5,3%), Campania (-1,0%), Sicilia (-0,2%) e Lazio (-0,1%), mentre le regioni che presentano un aumento maggiore rispetto al 2021 sono Lombardia (+5,0%), Molise (+4,0%), PA di Trento (+3,7%) ed Emilia-Romagna (+3,1%). Tra tutte le regioni, soltanto la Calabria presenta valori stabili. Infine, nel 2022 a livello nazionale si registra un minimo incremento della spesa dell'1,5% rispetto al 2021.

Assistenza ospedaliera

Il Capitolo monitora i principali aspetti dell'assistenza ospedaliera, evidenziando le variazioni causate dalla pandemia di SARS-CoV-2 e l'accelerazione nella riorganizzazione dei servizi sanitari. A questo scopo, il PNRR e il DM 77/2022 puntano a migliorare l'integrazione tra ospedale e servizi territoriali.

Nel 2019, il tasso medio nazionale di PL era di 3,39 per 1.000 residenti, salito a 3,42 nel 2020, 3,91 nel 2021, e poi calato a 3,77 nel 2022. Nel 2021 e 2022, tutte le regioni e le PA hanno visto un aumento dei PL per acuti rispetto al 2019, mentre nel 2020 solo 8 regioni e la PA di Trento hanno registrato un incremento. A livello nazionale, l'aumento rispetto al 2019 è stato del 2% nel 2020, 18% nel 2021 e 13% nel 2022. I PL per post-acuti sono diminuiti nel 2022 in 5 regioni rispetto al 2019. Durante la pandemia, la disponibilità di posti letto è variata tra le regioni. I PL per Malattie infettive e tropicali sono aumentati da 4,77 per 100.000 nel 2019 a 18,79 per 100.000 nel 2020, con un incremento minore nel 2021 (16,42 per 100.000) e nel 2022 (12,18 per 100.000). I PL in Terapia Intensiva sono cresciuti da 8,61 per 100.000 nel 2019 a 13,39 per 100.000 nel 2022, con una diminuzione rispetto al 2021 (14,75 per 100.000) ma un aumento rispetto al 2020 (11,74 per 100.000). L'incremento nazionale dei PL in Pneumologia nel 2022 è stato del 52% rispetto al 2019, mentre nel 2021 era del 70% nettamente superiore al 10% del 2020.

Nel 2022, il tasso nazionale di dimissioni ospedaliere per protesi di anca nella popolazione ≥ 65 anni è stato di 638,2 per 100.000 abitanti, in aumento rispetto ai 594,0 per 100.000 del 2021 e superiore ai 622,5 per 100.000 del 2019. La variabilità regionale è significativa, con il tasso più basso in Sardegna (398,8 per 100.000) e il più alto nella PA di Bolzano (1.041,4 per 100.000). Nel 2021 e 2022, il tasso di dimissioni ospedaliere per bypass aortocoronarico nella popolazione anziana è stato di 78,0 per 100.000 abitanti, in leggero aumento rispetto ai 76,6 per 100.000 del 2020, ma inferiore ai 100,4 per 100.000 del 2019. La variabilità regionale è significativa, con valori da 39,1 per 100.000 nella PA di Bolzano a 143,4 per 100.000 in Molise. Nel 2022, il tasso di dimissioni ospedaliere per angioplastica coronarica nella popolazione anziana è stato di 585,2 per 100.000 abitanti, leggermente in aumento rispetto ai 579,2 per 100.000 del 2021, ma inferiore ai 623,9 per 100.000 del 2019. La variabilità regionale è stata significativa, con un range da 306,7 per 100.000 in Friuli Venezia Giulia a 1.013,0 per 100.000 in Valle d'Aosta.

Dal 2019 al 2022, l'intervento di protesi d'anca in Italia è stato assegnato a diverse classi di priorità. Nel 2022, per la Classe A, il 66,07% degli interventi è stato effettuato entro 30 giorni, con la Calabria (89,93%) e la PA di Bolzano (83,21%) che hanno registrato le percentuali maggiori. Per la Classe B, il 69,02% degli interventi è stato effettuato entro 60 giorni, con la Valle d'Aosta che ha raggiunto il 97,17%. Per la Classe C, l'86,20% degli interventi è stato effettuato entro 180 giorni, in aumento rispetto al 2020 e al 2021, ma ancora inferiore al livello pre-pandemico, con 13.425 interventi rispetto agli 11.155 del 2021.

Nel 2022, il 73,69% delle angioplastiche coronariche è stato eseguito in Classe A, in aumento rispetto al 59,41% del 2019. Il rispetto dei tempi di attesa (30 giorni) per pazienti *over 65* è stato dell'82,14%, in calo rispetto al 2021 e al 2019. Gli interventi sono aumentati a 23.450 nel 2022 rispetto ai 21.870 del 2019. La Campania è la regione con la percentuale più alta del rispetto dei tempi (93,53%), mentre le Marche sono le meno performanti (66,9%). Nel 2022, oltre il 75% degli interventi di bypass aortocoronarico è stato eseguito in Classe A, con il rispetto dei tempi di attesa (30 giorni) pari all'80,14%, in calo rispetto agli anni precedenti. Le regioni con le migliori prestazioni sono state Marche (95,19%) e Puglia (92,26%), mentre percentuali minori sono state registrate in Basilicata (52,17%) e nella PA di Trento (59,18%).

Dal 2017 al 2022, l'indice di fuga nazionale è aumentato, raggiungendo l'11,26% nel 2022 rispetto all'11,13% del 2019. La mobilità passiva è maggiore nel Meridione, ma cresce anche nelle regioni del Centro e del Nord. Nel 2022, l'indice di fuga per ricoveri in prossimità è stato più alto nel Nord (2,47), seguito dal Centro (1,63%) e dal Sud (0,99%). Le regioni con la maggiore fuga sanitaria sono state Molise (39,37%), Basilicata (35,99%) e Calabria (25,75%), mentre quelle con la minore fuga sono PA di Bolzano (6,23%), Lombardia (6,71%) e Piemonte (8,28%). Nel 2022, l'indice di attrazione nazionale è salito al 10,83% rispetto al 10,75% del 2019, con il Nord che ha attratto il 14,54% dei pazienti, il Centro il 10,80% e il Sud il 5,05%. Le regioni più attrattive sono Molise (41,97%), Emilia-Romagna (21,56%) e Basilicata (19,71%), mentre le meno attrattive sono Calabria (2,39%), Sicilia (1,76%) e Sardegna (1,06%). Le strutture del Nord e Centro Italia mostrano una maggiore propensione ad attrarre pazienti rispetto a quelle del Sud.

Nel 2022, l'indice di fuga pediatrica in Italia è stato del 10,47%, in aumento rispetto al 2020 e vicino al valore pre-pandemia del 2019 (10,58%). La mobilità passiva ha risentito marginalmente del COVID-19, con il Sud

che mostra il valore più alto (15,73%) rispetto al Nord (7,65%) e al Centro (7,37%). Le regioni con l'indice di fuga maggiore sono state Molise (54,69%), Basilicata (37,72%) e Umbria (32,68%), mentre Lombardia (6,05%), Toscana (5,37%) e Lazio (3,40%) hanno i valori più bassi.

L'Indice di Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI) verifica se una regione produce servizi sanitari sufficienti per la propria domanda. Nel 2022, il Centro Italia ha soddisfatto pienamente la domanda (valore 1), il Nord eccede (1,06), mentre il Sud non la soddisfa (0,90). Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Molise, Veneto e Lazio hanno erogato delle prestazioni ulteriori rispetto alle richieste. Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, PA di Trento e PA di Bolzano hanno garantito un equilibrio tra domanda e offerta sanitaria. Le regioni che non sono riuscite a garantire le cure richieste sono state Liguria, Marche, Campania, Umbria, Sicilia, Sardegna, Puglia, Abruzzo, Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria. Particolarmente allarmanti sono i dati della Calabria e della Basilicata con 0,75 e 0,79, rispettivamente, che manifestano una bassa capacità di queste 2 regioni di andare incontro ai bisogni sanitari richiesti dai propri residenti.

La sanità italiana nel confronto europeo

I sistemi sanitari europei devono prepararsi a soddisfare nel prossimo futuro le esigenze di un numero crescente di persone fragili e in cattive condizioni di salute, richiedenti maggiore assistenza a lungo termine e cure integrate e centrate sulla persona. Tra il 2022 e il 2050, nell'UE-27, si prevede un incremento del 37% della quota di anziani, che passerà dal 21,2% al 29,5% della popolazione totale. L'Italia, nel 2022, ha la maggiore quota di over 65 in Europa (23,8%). L'età mediana della popolazione è in aumento, con una media di 44,4 anni al 1° gennaio 2022, variando dai 38,3 anni a Cipro ai 48,0 anni in Italia.

Nel 2022, la speranza di vita alla nascita nei Paesi europei inizia a recuperare gli anni persi nel 2020-2021. La media europea è di 80,7 anni, con un guadagno di 0,6 anni rispetto al 2021, ma risulta ancora inferiore agli 81,3 anni del 2019. Solo il Lussemburgo ha recuperato il gap, che varia da -0,1 anni in Svezia a -1,0 anno in Grecia. L'Italia ha una perdita di 0,6 anni rispetto al 2019 (sovrapponibile alla media UE).

Nel 2020, i tassi di mortalità evitabile sono aumentati in tutti i Paesi dell'UE-27 rispetto al 2019, con l'eccezione della Danimarca (-4%). La mortalità evitabile è cresciuta complessivamente del 12%, con un tasso di mortalità pari a 271,7 decessi ogni 100.000 abitanti. L'Italia ha uno dei tassi più bassi (197,1 per 100.000), ma in forte aumento (+19%). Per la mortalità prevenibile, il tasso medio UE nel 2020 è di 180,0 per 100.000 abitanti, mentre in Italia è di 130,6 per 100.000 (+29% dal 2019). La mortalità trattabile nell'UE-27 è aumentata del 3%, raggiungendo 91,7 decessi per 100.000 abitanti. In Italia, nonostante l'aumento del 4%, il tasso risulta di 66,5 per 100.000, rimanendo al di sotto della media UE.

In riferimento alle coperture vaccinali, nel 2022 solo 14 Paesi hanno fornito dati per la prima dose di vaccino antimorbillo: solo quattro (Ungheria, Repubblica Ceca, Lettonia e Spagna) hanno una copertura $\geq 95\%$. Otto di questi hanno riportato un calo della copertura rispetto al 2021. Nel 2021, su 24 Paesi, solo 13 hanno raggiunto una copertura $\geq 95\%$ per la prima dose. In Italia, la copertura era del 93,6%, con un aumento di 1,7 punti percentuali rispetto al 2020. Per il vaccino DTP, nel 2022, 13 dei 14 Paesi che hanno presentato i dati avevano una copertura $\geq 90\%$ per tre dosi, ma solo cinque (Ungheria, Slovacchia, Francia, Danimarca e Lettonia) hanno raggiunto il 95%. Considerando il 2021, sette Paesi mostrano un calo della copertura, più marcato in Estonia (-4,5 p.p.) e Svezia (-3,7 p.p.). In Italia, la copertura per le tre dosi di DTP è stata del 93,9%, ma non sono disponibili dati per il 2022.

Considerando la situazione della forza lavoro, in Italia nel 2021 il numero di infermieri praticanti è di 6,2 per 1.000 abitanti, inferiore alla media UE pari a 8,3. Negli ultimi 5 anni, il numero di infermieri è aumentato nella maggior parte dei Paesi UE-27, passando dal 32,7% in Finlandia al 2,4% in Lituania. In Italia, il numero di infermieri è aumentato del 9% in termini assoluti e del 20% rispetto alla popolazione, ma il rapporto infermiere/medico (1,5) rimane inferiore alla media UE di 2,2. Il numero di medici per 1.000 abitanti in Italia (4,1) è leggermente superiore alla media UE (4,0), ma la forza lavoro medica sta invecchiando rapidamente, con oltre il 50% dei medici italiani di età ≥ 55 anni.

Nel 2021, i posti letto ospedalieri rispetto alla popolazione residente nell'UE-27 sono mediamente 5,2 per 1.000 abitanti, variando dai 7,9 in Bulgaria ai 2,0 in Svezia. In Italia, ci sono 3,1 posti letto per 1.000 abitanti, in leggero calo rispetto al 2016 (3,2 per 1.000), ma in linea con lo standard stabilito dalla normativa nazionale. Nella maggior parte dei Paesi dell'UE-27 con dati disponibili, i posti letto per l'assistenza a lungo termine rappresentano una quota minoritaria (meno del 15%), rappresentando il 3,8% in Italia.

Prendendo in esame la spesa sanitaria italiana, essa nel 2022 è stata pari a 171.867 milioni di € (8,8% del PIL). La spesa riferita al 2021 è risultata su livelli medi rispetto all'UE-27, sia a livello pro capite (2.791€ vs 3.562€ in media UE) sia in rapporto al PIL (9,2% vs 10,9% in media UE). Considerando il periodo 2020-2021 la spesa è aumentata del 3,6% in termini reali, raggiungendo il 9,6% del PIL nel 2020, per poi scendere al 9,2% nel 2021, mentre la media UE è tornata al 10,9% nel 2021 dopo il picco iniziale della pandemia.

Infine, i Paesi con una spesa sanitaria più elevata tendono a ottenere migliori risultati in termini di salute, accesso e qualità delle cure, anche se non sempre la quantità di risorse investite è un indicatore perfetto di migliori risultati. Cinque Paesi (Spagna, Italia, Portogallo, Slovenia e Cipro), pur spendendo meno della media UE, hanno un'aspettativa di vita più alta e tassi di mortalità evitabile più bassi, suggerendo un buon rapporto costi-benefici dei loro sistemi sanitari. Tuttavia, molti fattori influenzano i risultati sanitari, tra cui i fattori di rischio per la salute e i determinanti sociali della salute, oltre all'uso efficiente delle risorse sanitarie.

Vigilanza sui dispositivi medici

Il settore dei dispositivi medici costituisce, sia in ambito nazionale che europeo, un aspetto di grande rilevanza nei percorsi diagnostici e terapeutici dell'assistenza sanitaria, contribuendo al miglioramento del livello di protezione della salute e promuovendo lo sviluppo di soluzioni innovative per la prevenzione, la diagnosi, le cure e la riabilitazione

La vigilanza sui dispositivi medici ha come finalità quella di garantire un elevato livello di protezione e tutela della salute e della sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di tutti i soggetti che a vario titolo interagiscono con essi. Il "sistema di vigilanza" opera durante l'intero arco di vita del dispositivo ed è un sistema complesso che prevede l'essenziale coinvolgimento e partecipazione attiva di numerosi attori, che ne prendono parte a vari livelli istituzionali nazionali (centrali, regionali, aziendali) ed europeo.

Elemento rilevante nell'ambito della vigilanza sui dispositivi medici è l'istituzione della Rete Nazionale della dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa, di cui al Decreto Ministeriale del 31 marzo 2022 in attuazione della Legge 23 dicembre 2014 n. 190, art. 1 comma 586, con l'obiettivo di garantire uno scambio tempestivo e capillare sul territorio nazionale delle informazioni riguardanti gli incidenti/incidenti gravi e le azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi ed è volta a determinare un rafforzamento del sistema di vigilanza e al raggiungimento di una uniformità dello stesso su tutto il territorio nazionale.

Tutte le segnalazioni di incidente, trasmesse dagli operatori sanitari e dai fabbricanti e le azioni correttive predisposte dai fabbricanti, vengono registrate dal Ministero della Salute in "Dispovigilance", una Sezione della banca dati dei dispositivi medici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tale sistema informativo permette l'analisi dei dati raccolti, supportando operativamente l'attività di monitoraggio e, attraverso la valutazione di indicatori di interesse, permette l'elaborazione di Report annuali specifici.

Nell'anno 2022 sono state registrate nella banca dati "Dispovigilance" 8.414 segnalazioni di incidente.

Il maggior numero di segnalazioni di incidente per l'anno 2022 coinvolge dispositivi medici appartenenti alla Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) Z "Apparecchiature sanitarie e relativi componenti, accessori e materiali", CND P "Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi", CND J "Dispositivi impiantabili attivi", CND A "Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta" e CND C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio".

Dal confronto con le segnalazioni di incidente analizzate per CND relativamente all'anno precedente, si evince che in generale le categorie più rappresentate permangono sempre le stesse (Z, P, J, A e C), seppur con percentuali leggermente diverse.

Su 8.427 segnalazioni di incidente, 358 segnalazioni hanno avuto come conseguenza un decesso o un inaspettato peggioramento dello stato di salute/serio pericolo per la salute pubblica. Di queste, 51 segnalazioni si riferiscono ad incidenti che hanno avuto come esito il decesso del paziente. Indipendentemente dalla categoria CND di riferimento, 8.028 segnalazioni (oltre il 95%) si riferiscono ad incidenti non gravi, classificati come "Tutti gli altri incidenti da segnalare". Tale dato è in linea con quanto rilevato anche nell'anno 2021.

Nell'anno 2022 gli incidenti che hanno portato al decesso appartengono, prevalentemente, alla CND P "Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi", alla CND J "Dispositivi impiantabili attivi", alla CND Z "apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici" e alla CND C "Dispositivi per apparato cardiocircolatorio". Questi dati indicano un incremento delle segnalazioni di incidente su tutto il territorio nazionale con una variazione, rispetto all'anno precedente, pari a +6,1% nel 2021 e +29,1% nel 2022.

Le regioni che nel 2022 hanno segnalato maggiormente gli incidenti sono state Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, in linea con quanto rilevato negli anni precedenti. Nelle altre regioni si può supporre l'esistenza di fenomeni più o meno marcati di sotto-segnalazione, già evidenziati negli anni precedenti e che, purtroppo, nonostante le opere di sensibilizzazione del Ministero della Salute continuano a permanere.

Infine, nel 2022, sono stati diffusi sul territorio nazionale 464 Avvisi di sicurezza, numero leggermente inferiore rispetto all'anno precedente (2021), ma in linea con gli anni precedenti (2020 e 2019). La maggior parte di questi coinvolgono dispositivi medici appartenenti alle categorie CND Z, P, C, A e J.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha il contributo non condizionato di

