

## Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2015

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane monitora, dal 2003, lo stato di salute della popolazione italiana e l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano, ad oggi, i Servizi Sanitari Regionali. Il Rapporto è suddiviso in due parti: la prima è dedicata a tematiche riguardanti la salute ed i bisogni della popolazione e la seconda ai Sistemi Sanitari Regionali ed alla qualità dei servizi offerti. L'obiettivo è quello di raccogliere dati oggettivi e scientificamente rigorosi e di metterli a disposizione della comunità scientifica nazionale ed internazionale e dei decisori, affinché possano adottare azioni tempestive e razionali per migliorare la salute e soddisfare i bisogni delle popolazioni di riferimento.

I dati analizzati nel Rapporto Osservasalute 2015, analogamente agli anni passati, evidenziano come lo stato di salute degli italiani sia complessivamente buono. Gli effetti del processo di invecchiamento continuano a manifestarsi e questo ha riflessi sul numero di malati cronici e, in generale, sui bisogni di salute che si traducono poi in domanda di assistenza.

Sebbene in lieve diminuzione la percentuale di soggetti con stili di vita non salutari (abitudine al fumo, consumo di alcol e sedentarietà), emerge chiaramente la necessità di incentivare l'offerta e l'adesione ad attività di prevenzione primaria e secondaria, quali vaccinazioni e screening, e politiche socio-sanitarie *ad hoc* che fronteggino i bisogni sanitari di una popolazione sempre più "vecchia" ed affetta da più patologie contemporaneamente.

Permangono negli ambiti indagati, spesso intensificandosi, le differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Le differenti scelte programmatiche a livello regionale, l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari basata su scenari finanziari in molti casi problematici, determinano una eterogeneità che influisce sulla qualità dell'offerta dei servizi erogati e sull'equità dell'accesso. Le regioni più in difficoltà sono ancora le regioni del Meridione e lo scenario è certamente aggravato dalle ripercussioni della crisi economica principalmente sugli stili di vita e, quindi, sulla qualità di vita dei cittadini, soprattutto di quelli meno abbienti.

Sebbene gli indicatori presentati evidenzino diversi aspetti negativi, è necessario che essi siano utilizzati come spunto di riflessione e miglioramento, come base per l'attività programmatica e per le scelte future.

È fondamentale la collaborazione tra le Istituzioni, i professionisti sanitari ed i cittadini, sia a livello nazionale che regionale, affinché siano attenuati i differenziali di salute ed un'adeguata ed equa assistenza sanitaria sia garantita a tutti i soggetti, indipendentemente dal luogo di residenza e dallo *status* socio-economico.

### PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

#### Popolazione

Lo studio della struttura per età della popolazione rappresenta un aspetto centrale per la programmazione delle *policies* e degli interventi nel settore sanitario, visto che moltissimi fenomeni legati ai bisogni di salute sono correlati, o direttamente influenzati, dalla struttura per età della popolazione.

I valori degli indicatori analizzati sono piuttosto stabili nel tempo. Continuano a manifestarsi gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione ed appaiono evidenti sia quando si considera la piramide della popolazione per età, genere e cittadinanza che quando si analizzano i diversi contingenti che compongono la popolazione anziana nel suo complesso ("giovani anziani", "anziani" e "grandi vecchi"). Dalle analisi emergono, inoltre, marcate differenze territoriali che vedono alcune aree del Paese maggiormente coinvolte nel processo di invecchiamento: ad un estremo la Liguria, regione che ormai da anni detiene il record di regione "più vecchia" d'Italia, all'altro la Campania, dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in uno stadio relativamente meno avanzato, grazie all'alta natalità che ha caratterizzato questa regione fino a pochi anni fa.

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

Si riscontra una sostanziale stabilità nella dinamica della popolazione residente, frutto di un saldo naturale negativo ed un saldo migratorio positivo, ma relativamente contenuto. Si conferma la dicotomia Nord-Sud ed Isole nella capacità attrattiva/repulsiva dei flussi migratori sia interni che con l'estero.

Relativamente alla fecondità della popolazione, il numero medio di figli per donna per il complesso delle residenti è, nel 2013, pari a 1,39 (italiane 1,29 e straniere 2,10 figli per donna). Anche con riferimento a questo indicatore si riscontrano notevoli differenze territoriali. Il numero medio di figli per donna è, infatti, pari a 1,65

nella PA di Bolzano rispetto a 1,11 registrato in Sardegna. Si conferma la tendenza alla posticipazione delle nascite, tanto che l'età media al parto rimane elevata, pari a 31,5 anni (italiane 32,1 anni e straniera 28,6 anni). Poco meno di un nato ogni cinque ha la madre con cittadinanza straniera, con un picco di un nato su tre in Emilia-Romagna.

La popolazione ultracentenaria continua ad aumentare sia in termini assoluti che relativi. Al 1 gennaio 2015 oltre tre residenti su 10.000 hanno 100 anni ed oltre. In questo segmento di popolazione le donne sono estremamente più numerose.

### Sopravvivenza e mortalità per causa

Nel 2014, la speranza di vita alla nascita è pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne. Il dato conferma l'andamento degli ultimi anni che evidenzia un incremento più favorevole tra gli uomini, pur in presenza di un'aspettativa di vita ancora superiore per le donne. La distanza tra i due generi è, infatti, pari a +4,7 anni a favore delle donne, contro i +5,0 anni del 2010.

Nella PA di Trento si riscontra, sia per gli uomini che per le donne, la maggiore longevità (rispettivamente, 81,3 anni e 86,1 anni). La Campania, invece, è la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, 78,5 anni per gli uomini e 83,3 anni per le donne.

Per quanto riguarda le cause di morte, dai dati del 2012, quelle più frequenti sono le malattie ischemiche del cuore, responsabili da sole di 75.098 morti (poco più del 12% del totale dei decessi). Seguono le malattie cerebrovascolari (61.255 morti, pari a quasi il 10% del totale) e le altre malattie del cuore non di origine ischemica (48.384 morti, pari a circa l'8% del totale). La quarta causa più frequente è rappresentata dai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, che negli uomini determina 24.885 decessi (2° causa di morte), il triplo di quelli osservati nelle donne (10° causa di morte). I decessi dovuti a malattie ipertensive (20.367), nonché a demenza e malattia di Alzheimer (18.226), causano tra le donne il doppio dei decessi osservati tra gli uomini.

La situazione territoriale mostra, comunque, una evidente eterogeneità geografica. Infatti, i tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, la demenza, la malattia di Alzheimer e l'influenza e la polmonite mostrano una importanza relativa maggiore nelle aree settentrionali, mentre nell'area meridionale la maggiore rilevanza in termini relativi si riscontra per i decessi per diabete e malattie ipertensive.

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

#### Fumo

Nel 2014, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari al 19,5%. Si continua a registrare, come già segnalato nel 2013, una lieve diminuzione. Lo studio della prevalenza degli ex-fumatori evidenzia un andamento non lineare. Si registra, infatti, un valore di 22,6% nel 2014 che risulta inferiore rispetto al 23,3% del 2013 ed uguale al valore registrato nel 2012.

L'analisi per le ripartizioni geografiche considerate (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) evidenzia come siano le regioni del Nord-Est quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa (17,1%).

Ancora molto elevata la differenza tra uomini e donne rispetto a coloro che dichiarano di fumare sigarette (si mantiene la differenza evidenziata negli anni precedenti di quasi 10 punti percentuali: 14,8% di donne di 14 anni ed oltre dichiara di fumare sigarette rispetto al 24,5% di uomini di pari età) o tra gli ex-fumatori (30,4% uomini vs 15,3% donne).

Le fasce di età che risultano più critiche, sia per gli uomini che per le donne sono, nel 2014, quella dei giovani tra i 20-24 e 25-34 anni in cui, rispettivamente, il 28,8% e 33,5% degli uomini e il 20,5% e il 19,3% delle donne si dichiarano fumatori.

#### Alcol

La prevalenza degli astemi e degli astinenti degli ultimi 12 mesi è pari, nel 2014, al 35,6% ed è rimasta stabile rispetto al 2013 (34,9%). Si registra un aumento della percentuale di non consumatori rispetto al 2013, principalmente in Toscana (+5,2 punti percentuali), ed una diminuzione soprattutto in Piemonte (-3,0 punti percentuali) ed in Friuli Venezia Giulia (-3,2 punti percentuali).

La prevalenza dei consumatori a rischio, nel 2014, è pari al 22,7% per gli uomini ed all'8,2% per le donne, pressoché stabile rispetto al 2013 (23,4% e 8,8%, rispettivamente).

Tra i giovani (11-17 anni) la prevalenza di consumatori a rischio, nel 2014, è pari a 19,4% (maschi 21,5%; femmine 17,3%) e non si rilevano, a livello nazionale, differenze statisticamente significative rispetto al 2013 (20,6%). Anche a livello regionale non si rilevano differenze statisticamente significative di genere, ad eccezione della PA di Bolzano (31,4%) che risulta essere l'unica regione con un valore statisticamente superiore al valore nazionale.

Nel 2014, nella fascia di età 18-64 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio è rimasta pressoché invariata rispetto al 2013, sia tra gli uomini (18,3% vs 19,0%) che tra le donne (7,3% vs 8,0%).

La prevalenza di *binge drinker*, nella popolazione di età 18-64 anni, è pari a 12,7% tra gli uomini e a 3,4% tra le donne, con valori più alti nella PA di Bolzano (32,6% per gli uomini e 13,7% per le donne) e più bassi in Puglia (7,6% per gli uomini e 1,6% per le donne).

#### *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 2014, circa tre quarti della popolazione di 3 anni ed oltre dichiara di consumare, giornalmente, frutta (73,6%); meno diffuso il consumo di verdura (52,1%) e di ortaggi (45,5%). 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 di VOF più diffuso è sempre al di sotto del benchmark delle 5 porzioni e si attesta tra le 2-4 porzioni. Nel quadro generale, l'andamento nel tempo dell'indicatore "consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta", negli anni 2005-2014, mostra valori in diminuzione.

#### *Sovrappeso ed obesità*

In Italia, nel 2014, più di un terzo della popolazione adulta (36,2%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,2%): complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età  $\geq 18$  anni è in eccesso ponderale.

Nel confronto interregionale, si conferma il gradiente Nord-Sud ed Isole: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre, obese (Molise 14,6%, Abruzzo 13,1% e Puglia 11,9%) ed in sovrappeso (Campania 41,5%, Calabria 39,6% e Puglia 39,4%) rispetto alle regioni settentrionali (obesità: PA di Trento 7,5% e PA di Bolzano 8,1%; sovrappeso: PA di Trento 28,5% e Valle d'Aosta 31,5%). Tuttavia, si osserva che, dal 2001, nel Nord-Ovest (ripartizione con livelli più bassi di persone in sovrappeso) si è registrato il maggior aumento di persone con eccesso ponderale.

Analizzando i dati per specifiche fasce di età, emerge che la percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età: il sovrappeso passa dal 14,9% della fascia di età 18-24 anni al 46,5% della fascia di età 65-74 anni; l'obesità dal 2,4% al 15,7% per le stesse fasce di età. Emergono forti differenze di genere: il sovrappeso è più diffuso tra gli uomini che tra le donne (44,8% vs 28,2%), così come l'obesità (10,8% vs 9,7%).

La fascia di età in cui si registrano le maggiori percentuali è, per entrambi i generi, quella tra i 65-74 anni.

#### *Sovrappeso e obesità nei bambini - OKkio alla SALUTE*

Nel 2014, in Italia la quota di bambini in eccesso di peso (comprendente sia il sovrappeso che l'obesità) è pari al 30,7% e si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno nel corso degli anni.

I bambini di 8-9 anni in sovrappeso sono il 20,9% ed i bambini obesi sono il 9,8%, compresi i bambini gravemente obesi che, da soli, sono il 2,2%. Non si evidenziano sostanziali differenze per genere ed età dei bambini.

Si osserva una spiccata variabilità interregionale con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Meridione (13,4% di sovrappeso nella PA di Bolzano vs 28,6% in Campania; 4,0% di obesità nella PA di Bolzano vs 19,2% in Campania).

In relazione a specifiche caratteristiche del nucleo familiare, emergono prevalenze più elevate di eccesso ponderale tra i bambini che vivono in famiglie in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso ed in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso. Non si rilevano differenze se si considera, invece, la cittadinanza dei genitori. La prevalenza di bambini di 8-9 anni in condizione di sottopeso è molto bassa (1,4%).

#### *Attività fisica*

Nel 2014, in Italia, le persone di 3 anni ed oltre che dichiarano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 31,6% della popolazione, pari a circa 18 milioni e 500 mila. Tra questi, il 23,0% si dedica allo sport in modo continuativo e l'8,6% 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 23 milioni e 500 mila, pari al 39,9%. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva in modo continuativo (dal 19,1% del 2001 al 23,0% del 2014).

Rispetto all'anno precedente, nel 2014 si riscontra una diminuzione significativa per quanto riguarda la quota di persone sedentarie (-1,3 punti percentuali). Le regioni settentrionali presentano la quota più elevata di persone che praticano sport in modo continuativo, mentre le regioni meridionali si caratterizzano per la quota più bassa, fatta

eccezione per la Sardegna dove il 30,8% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario.

Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (continuativo o saltuario), mentre aumenta quello per l'attività fisica. L'analisi di genere mostra delle forti differenze in tutte le fasce di età, ad eccezione dei giovanissimi (3-5 anni), con livelli di pratica sportiva molto più alti fra gli uomini (uomini: il 27,1% pratica sport con continuità e il 10,3% lo pratica saltuariamente; donne: 19,2% e 7,0%, rispettivamente). La quota di sedentari è maggiore tra le donne (44,1% vs 35,5%).

#### *Copertura vaccinale della popolazione infantile*

Se nel 2013 per le vaccinazioni obbligatorie, si registrava il raggiungimento dell'obiettivo minimo stabilito nel vigente Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età, nel periodo 2013-2014 si registrano valori di copertura al di sotto dell'obiettivo minimo stabilito, pur rimanendo comunque al di sopra del 94%. Lo stesso andamento in lieve diminuzione si evidenzia per le coperture di alcune vaccinazioni raccomandate, quali anti-Hib (-0,6%) e Pertosse (-1,1%). Variazioni maggiori si registrano, invece, per le coperture vaccinali di Morbillo, Parotite, Rosolia (-4,0%) e Meningococco c coniugato (-2,5%). Le vaccinazioni anti-Varicella e Pneumococco coniugato mostrano, invece, un aumento delle coperture (10,3% e 0,6%, rispettivamente).

Riguardo alla distribuzione territoriale si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali inferiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNPV in Valle d'Aosta, Lombardia (ad eccezione della copertura anti-Poliomelite e anti-Tetano), PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto (dove la sospensione dell'obbligo vaccinale è stata introdotta dal 1 gennaio 2008), Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna (ad eccezione della copertura anti-Tetano), Marche, Campania, Puglia e Sicilia.

Da rilevare è la copertura della vaccinazione anti-Morbillo-Parotite-Rosolia che non ha ancora raggiunto (e, di contro, nel 2014 i tassi di copertura mostrano una riduzione maggiore) il valore ottimale del 95% indicato nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita.

#### *Copertura vaccinale antinfluenzale*

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2014-2015, al 13,6%, con lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di copertura, a livello nazionale, non superano l'1,8% nelle diverse classi di età considerate. Si registra, invece, un valore più alto, pari al 7,2%, per la classe di età 45-64 anni. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

Nell'arco temporale 2003-2004/2014-2015, per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, pari al 22,7%.

#### *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.

Secondo i dati PASSI, per la mammografia a scopo preventivo, a livello nazionale e nel periodo 2011-2014, il 51% della popolazione *target* femminile ha aderito ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% ha effettuato l'esame, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea. Si evidenziano differenze territoriali legate alla quota di donne che aderisce ai programmi organizzati (la quota più rilevante), con gradiente Nord-Sud ed Isole; rispetto a questa, risulta speculare la geografia dello screening mammografico spontaneo con valori più bassi al Nord (16%) e maggiori al Centro-Sud ed Isole (21%). La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (24%), tra le più istruite (30%) e tra quelle che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica (22%).

Nel periodo 2011-2014, il 42% della popolazione *target* femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o *Human Papilloma Virus* test) aderendo ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 37% vi si sottopone su iniziativa spontanea. Si notano differenze geografiche fra lo screening nell'ambito di programmi organizzati e lo screening spontaneo (49% vs 37% nel Nord, 46% vs 39% nel Centro e 32% vs 34% nel Meridione). Dal 2008 al 2014 cresce, in tutto il Paese, la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, mentre resta stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%) quella dello screening spontaneo. La quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina su iniziativa spontanea è maggiore tra le 35-49enni (42%) e tra le più istruite (45%) ed è particolarmente sensibile alle condizioni economiche (41% fra le donne che riferiscono di non aver alcuna difficoltà economica e 30% fra quelle con molte difficoltà economiche).



Riguardo allo screening per il tumore del colon-retto, la copertura nazionale è molto lontana dall'atteso: solo il 41% della popolazione *target* riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali. Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole, con percentuali di copertura del 64% al Nord, 43% al Centro e 19% al Sud ed Isole. Nel tempo si registra una crescita lenta, ma significativa in tutto il Paese: dal 2010 al 2014, la quota di persone che si sottopone a screening per il tumore del colon-retto a scopo preventivo, secondo le Linee Guida, è cresciuta, mediamente, del 7,9% (+11,7% al Nord, +8,8% al Centro e +7,5% al Sud ed Isole). Lo screening per il tumore del colon-retto è più frequente fra i 60-69enni (45%), negli uomini rispetto alle donne (42% vs 39%), nelle persone senza difficoltà economiche rispetto a chi ne dichiara molte (51% vs 28%) e tra gli italiani rispetto agli stranieri (41% vs 35%).

### Incidenti

Nel 2014, in Italia, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono stati 177.031 ed hanno causato 3.381 morti (entro il 30° giorno) e 251.147 feriti con lesioni di diversa gravità. Rispetto al 2013, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti con lesioni a persone (-2,5%) e del numero dei morti (-0,6%) e feriti (-2,7%). Il numero di morti è diminuito, nel 2014, del 52,4% rispetto al 2001. I tassi standardizzati di mortalità sono nettamente superiori per il genere maschile rispetto al genere femminile (0,91 vs 0,22 per 10.000).

Analizzando gli infortuni e la mortalità sul lavoro nel periodo 2010-2014, si osserva un calo significativo di oltre il 25% del tasso di incidenza (4.292,8 vs 3.277,0 per 100.000 addetti). Le regioni del Nord presentano, in generale, i valori più elevati, mentre le regioni del Mezzogiorno, fatta eccezione per Abruzzo e Puglia, presentano tassi di incidentalità più bassi. Per quanto riguarda i tassi di mortalità per infortuni sul lavoro, il valore più elevato si registra in Basilicata (20,54 per 100.000), mentre il tasso minimo in Valle d'Aosta (2,15 per 100.000).

Per quanto riguarda gli incidenti domestici, essi hanno coinvolto, nel 2014, 688 mila persone (11,3 per 1.000). Le donne sono le più colpite (quasi il 70% di tutti gli incidenti), con un quoziente di infortuni del 15,4 (per 1.000). Hanno subito almeno un incidente domestico oltre 27 anziani *over* 74 anni (per 1.000) e 9,4 bambini di età <6 anni (per 1.000). Relativamente alle differenze territoriali non si evidenzia alcun gradiente.

### Ambiente

La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2014, si attesta a poco meno di 30 milioni di tonnellate, valore intermedio a quello fatto registrare nel 2001 e 2002; si rileva un modesto incremento rispetto al 2013 che determina una inversione di tendenza rispetto al trend osservato nel periodo 2010-2013, in cui si era registrata una riduzione complessiva della produzione di quasi il 9%. Riguardo alle macroaree geografiche, i quantitativi maggiori di produzione si riscontrano, in analogia alle precedenti rilevazioni annuali, al Centro con circa 547 kg/ab per anno, seguito dal Nord con 496 kg/ab per anno e dal Sud ed Isole con circa 443 kg/ab per anno. Per quanto riguarda le singole regioni, è da rimarcare che Lombardia (15,7%) e Lazio (10,4%), insieme, generano un quarto della produzione totale nazionale di rifiuti.

Relativamente alle principali modalità di gestione, l'analisi dei dati mostra che i rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica, nel 2014, ammontano a 9.332.000 tonnellate, facendo registrare una riduzione di circa il 14% rispetto al 2013; un calo si rileva anche per quanto riguarda il numero delle discariche, progressivamente ridotte nell'arco degli anni (dalle 303 nel 2006 alle 172 del 2014). Lo smaltimento in discarica si conferma ancora la forma di gestione più diffusa.

Riguardo la termodistruzione, la capacità nazionale di incenerimento ha raggiunto il 17,4% del totale dei rifiuti solidi urbani, ancora inferiore alla media dei Paesi europei (26,0%) e ha superato i 5 milioni di tonnellate di rifiuto trattato. In particolare, l'incenerimento nel 2014, rispetto all'anno precedente, fa registrare una modesta riduzione di quantitativo assoluto di rifiuti inceneriti (circa 240 mila tonnellate) e, per quanto riguarda il rapporto con i rifiuti prodotti, un calo dello 0,8%, passando dal 18,2% del 2013 al 17,4% del 2014.

La raccolta differenziata ha raggiunto, nel 2014 e a livello nazionale, una percentuale pari al 45,2% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani, con un incremento di quasi 3 punti percentuali rispetto al 2013 (circa 900 mila tonnellate in più). La macroarea geografica che ha contribuito maggiormente a tale incremento è il Nord, che aumenta il quantitativo di raccolta differenziata in valore assoluto, tra il 2013-2014, di circa 412 mila tonnellate, seguito dal Centro, con un incremento di circa 280 mila tonnellate e dal Meridione (+200 mila tonnellate).

Nel 2012, sono stati erogati circa 5.232 milioni di m<sup>3</sup> di acqua potabile distribuiti, prevalentemente, nelle regioni del Nord-Ovest e, in minor misura, nelle altre macroaree. La regione con il maggior quantitativo di acqua erogata è la Lombardia, con 1.053 milioni di m<sup>3</sup> (corrispondenti al 20,13%), seguita da Lazio (9,88%), Campania (8,58%) e Veneto (7,80%). Relativamente alla percentuale di acqua erogata sul totale dell'acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali (valore nazionale del 62,61%), si nota un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole, con valori che oscillano dal 70,50% al 49,70%. Un dato preoccupante è la percentuale di acqua ero-

gata rispetto a quella immessa nelle reti di distribuzione che, nel 2012, evidenzia una perdita notevole in rete rispetto al 1999 (62,61% vs 71,49%).

Riguardo i Cambiamenti Climatici gli indici *World Meteorological Organization* indicano come l'Italia stia lentamente ma inesorabilmente riscaldando, con variazioni percentuali, nelle differenti regioni, che variano da un minimo dello 0% sino al 227,3%. Queste variazioni giustificano l'estrema variabilità del fenomeno e degli eventi che ne conseguono (alluvioni, cicloni di tipo tropicale, dissesti idrogeologici, variazione delle patologie trasmissibili e non trasmissibili, ondate di calore, cambiamento nelle caratteristiche organolettiche degli alimenti o della loro produzione e conservazione, ondate di immigrazione dei popoli già esposti a valori superiori di temperatura etc.).

### Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi, in Italia, uno dei più importanti problemi di salute pubblica, sia in termini di numero di decessi e di disabilità indotta, sia per l'impatto che queste hanno sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali.

In questa classe di patologie rientrano le malattie ischemiche del cuore che causano un elevato tasso di ospedalizzazione, in particolare tra gli uomini. Infatti, nel 2014, il tasso di ricovero per queste patologie è pari a 892,4 per 100.000 uomini (donne: 315,2 per 100.000). Stesse differenze di genere si riscontrano per l'infarto acuto, pari a 374,5 ricoveri per 100.000 uomini vs 150,9 ricoveri per 100.000 donne, e per le altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca, pari a 521,8 ricoveri per 100.000 uomini vs 200,6 ricoveri per 100.000 donne.

Un dato incoraggiante è che, tra il 2011 ed il 2014, si continua a registrare, come negli anni precedenti, una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione sia per le malattie ischemiche del cuore nel loro complesso sia per l'infarto miocardico acuto.

Il tasso di ospedalizzazione per il complesso delle malattie cerebrovascolari risulta del 35,5% superiore a quello delle donne. In particolare, per il sottogruppo dell'ictus ischemico questo eccesso è pari al 19,3% e al 49,9% per l'ictus emorragico. Anche per queste patologie si registra una sensibile riduzione nel corso degli ultimi anni.

### Malattie metaboliche

Il diabete mellito è una delle patologie croniche più diffuse in tutto il mondo, rappresentando uno dei maggiori problemi di salute con una richiesta di risorse sempre maggiore.

In merito all'ospedalizzazione in regime di Ricovero Ordinario (RO) e di Day Hospital (DH), nel 2014, come evidenziato negli anni precedenti, i tassi standardizzati risultano maggiori nel Sud e nelle Isole. Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di RO più elevato si registra in Molise (89,76 per 10.000), seguito da Puglia (88,85 per 10.000) e Campania (83,01 per 10.000). Considerando il regime di DH, invece, i valori più alti si osservano in Molise (23,12 per 10.000) e Campania (17,57 per 10.000). Dal confronto dei dati 2005-2014, a livello nazionale, si evidenzia una costante diminuzione del tasso medio di dimissione per tutti i regimi di ricovero (da 92,21 a 66,94 per 10.000). Inoltre, per entrambe le tipologie di ricovero si conferma che i tassi standardizzati di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di 1,55:1 in regime di RO e di 1,61:1 in regime di DH.

I dati di mortalità relativi all'anno 2012 e stratificati per regione e genere, evidenziano che i tassi più elevati si osservano, per entrambi i generi, in due regioni meridionali: per gli uomini in Sicilia (5,50 per 10.000) seguita dalla Campania (4,72 per 10.000), mentre per le donne in Campania (4,83 per 10.000) seguita dalla Sicilia (4,65 per 10.000). Dal confronto con l'anno precedente risulta evidente un gradiente geografico a svantaggio del Meridione ed un maggiore coinvolgimento delle fasce di età avanzate.

In riferimento all'ospedalizzazione per amputazioni all'arto inferiore, come complicanza della patologia diabetica, nel periodo 2003-2013 il tasso standardizzato di dimissioni per amputazione è rimasto, sostanzialmente, stabile con un valore nazionale, nel 2013, pari a 17,4 (per 100.000). Si riscontra, tuttavia, una riduzione degli interventi di amputazione maggiore (6,2 vs 4,7 per 100.000) e, per contro, un trend in crescita di quelli di amputazione minore (11,1 vs 11,9 per 100.000). Il tasso di dimissione aumenta fortemente con l'età in entrambi i generi e, dato registrato in tutte le classi di età, le amputazioni sono più frequenti fra gli uomini rispetto alle donne. La variabilità regionale è significativa, ma non si osserva un gradiente Nord-Sud ed Isole.

Lo scompenso diabetico è indicato in diagnosi principale, quindi responsabile dell'impiego maggiore di risorse, solo per il 32,4% dei ricoveri. L'ospedalizzazione per complicanze a breve termine, riguardo al 2013, comprende le seguenti diagnosi di ricovero: chetoacidosi conseguente a diabete (49,1%), seguita da iperosmolarità (32,6%) e diabete con altro tipo di coma (18,3%). Il tasso di ospedalizzazione per complicanze acute è più elevato negli uomini (25,6 per 100.000) rispetto alle donne (23,4 per 100.000) e cresce fortemente con l'età in entrambi i generi. Si evidenzia una notevole variabilità regionale con tassi standardizzati che variano da 15,1 (per

100.000) in Lombardia a 39,4 (per 100.000) in Basilicata, dove si registra una diminuzione di circa il 24% rispetto al 2012. Rispetto all'anno precedente, i tassi diminuiscono in quasi tutte le regioni, ad eccezione della Puglia e della Sardegna dove si osserva un incremento e del Friuli Venezia Giulia e delle Marche dove, invece, i valori restano costanti. Valutando il trend 2001-2013 si osserva una forte diminuzione dei ricoveri per complicanze acute, con una riduzione complessiva pari al 58,5%.

### Malattie oncologiche

In Italia, il carico sanitario associato ai tumori è in forte aumento, principalmente per effetto dell'invecchiamento della popolazione. La diffusione dei tumori nel nostro Paese è, però, decisamente variabile a livello geografico: il rischio di ammalarsi di tumore è, generalmente, più elevato nelle regioni del Centro-Nord rispetto a quelle meridionali. Anche la distribuzione dei fattori di rischio e la struttura per età sono ben differenziate tra le varie regioni.

Nel valutare il carico sanitario di tale patologia non si può, quindi, prescindere dal dettaglio regionale, a beneficio di una organizzazione sanitaria fortemente regionalizzata sia a livello di prevenzione che di percorsi assistenziali.

Nel 2014 si stima che, in Italia, siano stati diagnosticati 115,78 nuovi casi di tumore coloretale ogni 100.000 uomini, ovvero circa 34.500 nuovi casi. L'incidenza è ancora molto eterogenea a livello regionale con differenze percentuali che variano da -20% a +20% rispetto al dato nazionale. Le regioni con i più alti tassi di incidenza sono il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna, l'Umbria, il Lazio e la Liguria, mentre la Puglia e la Sicilia sono le regioni a minor rischio. Si stima che, nel 2014, circa 221 mila uomini abbiano avuto nel corso della loro vita una diagnosi di tumore coloretale. La prevalenza stimata è di 742,11 per 100.000 uomini. Le regioni a più alta prevalenza sono la Liguria ed il Friuli Venezia Giulia, entrambe caratterizzate da una popolazione più anziana, mentre per Puglia e Campania, dove la popolazione è più giovane, le prevalenze sono le più basse.

Nelle donne l'incidenza di tumore del colon-retto stimata in Italia, nel 2014, è di 80,29 per 100.000 persone/anno, corrispondente a oltre 25.000 nuovi casi. Il rischio di ammalarsi di tumore coloretale è variabile a livello territoriale: le differenze percentuali rispetto al dato nazionale variano da -23% a +15%.

Le regioni a più alto rischio sono il Veneto, la Toscana ed il Lazio, mentre quelle con i tassi di incidenza più bassi sono la Sardegna e la Sicilia. Nel 2014, si stima che circa sei donne su 1.000 abbiano avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore del colon-retto, corrispondenti a oltre 187 mila donne prevalenti.

Il carico sanitario non è omogeneo a livello regionale ed è maggiore nelle regioni del Centro-Nord. Le regioni con prevalenza grezza più elevata sono la Liguria, la Toscana e l'Emilia-Romagna, mentre quelle con prevalenza più bassa sono la Campania e la Sicilia.

L'incidenza per tumore della mammella è in forte crescita nel Meridione e in progressiva riduzione nel Centro-Nord. Anche la diversa diffusione dello screening mammografico sul territorio nazionale gioca un ruolo importante. Lo screening, laddove implementato efficacemente da anni (Centro-Nord), ha ridotto la mortalità e aumentato la quota di medio-lungo sopravvissuti in misura maggiore rispetto alle regioni con ritardata e incompleta copertura di screening (Sud ed Isole).

Il tumore della mammella è il tumore più diffuso nella popolazione femminile e nel 2014 si stimano, in Italia, oltre 55.000 nuove diagnosi, ovvero 175,69 nuovi casi annui ogni 100.000 donne. L'incidenza è fortemente variabile a livello territoriale e il Meridione presenta profili di rischio più sfavorevoli. Il Lazio, insieme a Puglia, Calabria, Basilicata e Sardegna, sono le regioni con incidenza più elevata, mentre le regioni del Nord hanno rischi minori.

Nel 2014, il numero totale di donne che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore al seno è stimato pari a circa 690 mila, corrispondente a ventidue donne su 1.000. La prevalenza grezza più elevata si registra in Friuli Venezia Giulia, Liguria e Lazio, quella più bassa in Abruzzo, Calabria e Campania.

Il tumore della prostata è il tumore più diffuso nella popolazione maschile e nel 2014 si stimano, nel nostro Paese, circa 44.000 nuove diagnosi, ovvero 147,36 nuovi casi l'anno ogni 100.000 uomini. L'incidenza varia moltissimo a livello regionale. Il rischio di ammalarsi di tumore prostatico è maggiore in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Piemonte e Lazio e minore in Sardegna, Puglia, Molise e Abruzzo.

Nel 2014, il numero totale di uomini che hanno avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore della prostata è stimato pari a oltre 354 mila, ovvero dodici uomini ogni 1.000. Il carico oncologico associato a questa patologia è maggiore in Piemonte, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta, mentre quelle con carico minore sono Puglia, Sardegna e Abruzzo.

### Salute e disabilità

Gli indici di stato di salute fisico e psicologico con valore elevato riflettono, rispettivamente, assenza di limitazioni funzionali/benessere generale e assenza di disagio psicologico/attitudine psicologia positiva. I valori

bassi indicano una limitazione nella cura di se/dolore fisico e disagio psicologico/problemi emotivi nella sfera personale e sociale.

Le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre presentano punteggi medi degli indici di stato fisico e psicologico pari a, rispettivamente, 31,6 e 40,9 punti per gli uomini e 29,4 e 39,4 punti per le donne. Per le persone senza limitazioni funzionali di uguale età, i punteggi medi dei due indici risultano nettamente più elevati (uomini: 52,7 e 50,5 punti; donne: 51,2 e 48,6 punti). Per le persone con e senza limitazioni funzionali di entrambi i generi si osserva, al crescere dell'età, un peggioramento dello stato di salute fisico più marcato rispetto a quello psicologico (per le donne il punteggio medio dell'indice di stato fisico si riduce di 18,8 punti passando dalla classe di età 14-24 anni a 75 anni ed oltre; per gli uomini il decremento è di 9,2 punti). Sia per gli uomini che per le donne la riduzione più evidente dell'indice di stato psicologico si registra in corrispondenza della classe di età 45-64 anni. Per le persone con limitazioni funzionali di 14 anni ed oltre, l'indice di stato psicologico presenta un maggiore gradiente territoriale, a svantaggio del Mezzogiorno.

Circa i due terzi delle persone con limitazioni funzionali di 65 anni ed oltre accedono alla vaccinazione antinfluenzale, il 64,9% degli uomini e il 60,7% delle donne, mentre solo circa una persona su quattro con limitazioni funzionali di età compresa tra i 6-64 anni si vaccina (uomini: 24,0%; donne: 24,5%). Non si evidenzia un particolare gradiente territoriale e osservando le differenze di genere tra gli ultra 65enni si osserva un maggior ricorso del genere maschile.

A livello nazionale, le donne con limitazioni funzionali di 25-64 anni che si sono sottoposte a più di un Pap-test nella loro vita sono il 52,3%; la percentuale di donne con limitazioni funzionali di 50-69 anni che si sono sottoposte a più di una mammografia è pari al 58,5%. È presente un gradiente Nord-Sud ed Isole per entrambi gli indicatori proposti, ma con alcune eccezioni.

Nel nostro Paese, gli uomini con limitazioni funzionali di 50-69 anni che hanno eseguito almeno un test per la ricerca del sangue occulto oppure una rettoscopia o colonscopia a scopo preventivo presentano una prevalenza superiore rispetto a quella delle donne di pari età e condizione (37,3% vs 29,3%).

Inoltre, relativamente all'eccesso ponderale, a livello nazionale il 44,0% degli uomini con limitazioni funzionali di 18 anni ed oltre è in sovrappeso ed il 15,5% è obeso, mentre tra le donne i valori riscontrati sono, rispettivamente, il 34,7% ed il 21,2%.

Rispetto alla popolazione generale si evidenzia una maggior quota di obesi tra gli uomini e, soprattutto, una quota ben più alta di donne in sovrappeso (+7,2%) e obese (+11,9%).

### Salute mentale e dipendenze

Per quanto riguarda il numero di soggetti dimessi almeno una volta nel corso dell'anno con una diagnosi principale o secondaria di "disturbo psichico", nel 2013 i dati mostrano una quota maggiore nella PA di Bolzano, in Sardegna, in Liguria ed in Valle d'Aosta, sia per gli uomini che per le donne. L'esame dell'andamento temporale dell'indicatore, negli anni 2001-2013, evidenzia un costante ma lieve decremento, per entrambi i generi, maggiormente accentuato nella fascia di età più avanzata.

Relativamente al consumo di farmaci antidepressivi, dopo l'aumento costante registrato nel decennio 2001-2011, il volume prescrittivo sembrava aver raggiunto nel 2012 una fase di stabilità (38,50 Dosi Definite Giornaliere-DDD/1.000 ab die nel 2011; 38,60 DDD/1.000 ab die nel 2012), mentre, in realtà, nel biennio successivo si è registrato un nuovo incremento (39,10 DDD/1.000 ab die nel 2013; 39,30 DDD/1.000 ab die nel 2014).

Il trend in aumento può essere attribuibile a diversi fattori tra i quali, ad esempio, l'arricchimento della classe farmacologica di nuovi principi attivi utilizzati anche per il controllo di disturbi psichiatrici non strettamente depressivi (come i disturbi di ansia), la riduzione della stigmatizzazione delle problematiche depressive e l'aumento dell'attenzione del Medico di Medicina Generale nei confronti della patologia. I consumi più elevati, nell'anno 2014, si sono avuti in Toscana, nella PA di Bolzano, in Liguria, in Emilia-Romagna e in Umbria, mentre i consumi minori in Basilicata, Campania, Puglia e Sicilia. Il Lazio e l'Umbria sono le 2 regioni che hanno registrato il maggiore calo dei consumi nell'ultimo anno.

Riguardo al tasso di mortalità per suicidio, nel biennio 2011-2012 il tasso grezzo è stato pari a 7,99 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre. Nel 78,4% dei casi il suicida è un uomo. Importante è rilevare che la distribuzione dei tassi per età cresce all'aumentare dell'età, con un incremento marcato, per gli uomini, dopo i 65 anni, raggiungendo il valore massimo nella classe di età più anziane; per le donne, invece, il valore massimo si raggiunge nella classe di età 70-74 anni per poi ridursi nelle classi di età più anziane. L'indicatore, inoltre, presenta una marcata variabilità geografica con tassi, in generale, più elevati nelle regioni del Nord (con l'eccezione della Liguria che, insieme a Calabria e Campania, si colloca tra le 3 regioni con i livelli di suicidalità più bassi d'Italia e della Sardegna, che presenta un tasso di mortalità più che doppio rispetto alle 3 regioni sopramenzionate). Il trend storico dell'indicatore, a livello nazionale, mostra una riduzione del tasso a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, a partire dal 1997. Tuttavia, dopo il minimo storico raggiunto



nel 2006 questa tendenza alla riduzione ha subito un arresto. Si evidenzia una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni che ha coinvolto soprattutto gli uomini per i quali, nell'ultimo biennio 2011-2012, si osserva un aumento nella fascia di età tra i 35-69 anni.

### Salute materno-infantile

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

A livello nazionale, oltre il 62% dei parti dell'anno 2013 è avvenuto in punti nascita con un volume annuo di almeno 1.000 parti. Tra le regioni del Nord, oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti/anno). Un'organizzazione opposta della rete di offerta si presenta nell'area meridionale del Paese, dove oltre il 40% dei parti, nell'anno 2013, è avvenuto in punti nascita che hanno effettuato meno di 1.000 parti/anno. In particolare, in Basilicata tale percentuale ha raggiunto circa il 67%, con quasi il 44% dei parti effettuati in punti nascita con meno di 800 parti/anno.

Il ricorso al Taglio Cesareo (TC) resta elevato nonostante la continua lieve riduzione osservata negli ultimi anni, attribuibile per lo più alla riduzione dei TC primari. La quota totale dei parti con TC si riduce dal 37,76% al 36,05% tra il 2011-2014. Permane il gradiente Nord-Sud ed Isole, che vede i valori più elevati di TC in Campania (62,20%), Molise (45,43%) e Sicilia (43,92%). Il valore minimo si registra in Friuli Venezia Giulia (23,92%). Nonostante l'età non sia un'indicazione assoluta per effettuare un TC, è un dato di fatto che all'aumentare dell'età aumenta la probabilità di partorire con TC.

Riguardo alle Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale, nel 2013, risultano presenti in 128 dei 526 punti nascita e solo 107 di esse sono in punti nascita con almeno 1.000 parti annui.

Le nascite da Procreazione Medicalmente Assistita sono 12.187 nel 2013. Non ha subito importanti variazioni rispetto al 2012 la quota di parti multipli (indicatore di sicurezza delle tecniche), registrando valori pari a 19,8% nel 2013 e 20,0% nel 2012. Un aspetto positivo viene dal sistema di monitoraggio: la quota di gravidanze perse al *follow-up* risulta, infatti, in diminuzione ed è pari al 10,3%. Diminuisce, però, l'offerta sul territorio: da 932 a 914 cicli a fresco iniziati per milione di abitanti, permanendo una differenza sostanziale tra Nord e Sud ed Isole.

Con riferimento all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) l'Italia mostra valori tra i più bassi tra i Paesi a Sviluppo Avanzato. Il numero di IVG notificate nel 2013 risulta pari a 100.342, in calo rispetto al 2012 (103.191 casi). Nel 2013, il tasso di abortività continua a decrescere (7,1 casi ogni 1.000 donne di età 15-49 anni) in tutte le classi di età. Le regioni che presentano i valori più elevati del tasso standardizzato rispetto al dato nazionale sono la Liguria, il Piemonte, la Valle d'Aosta e l'Emilia-Romagna, mentre valori più bassi si osservano per la PA di Bolzano, il Veneto, la Sardegna e la Basilicata. Le classi di età più giovani (20-24, 25-29 e 30-34 anni) presentano i livelli più elevati del tasso, tutti oltre gli 11 casi per 1.000 donne a livello nazionale. Si conferma la diminuzione (seppur lieve) della quota di IVG da parte delle donne straniere: infatti, nel 2012, la percentuale risulta pari al 34,1%, mentre nel 2013 risulta pari al 33,5%.

Nel 2013 resta molto elevato il ricorso all'anestesia generale (76,6%), anche se in diminuzione rispetto al 2012 (80,1%). Il ricorso all'anestesia locale per effettuare l'IVG è la pratica più raccomandata a livello internazionale. In Italia, però, nel 2013 è stata utilizzata mediamente solo nel 5,6% dei casi, risultando anche in diminuzione rispetto all'anno precedente. Solo 3 regioni superano la soglia del 10%: Marche (42,9%), Lazio (13,8%) e Toscana (10,5%). A livello nazionale, il 14,6% di IVG vengono effettuate dopo un'attesa >21 giorni, con una rilevante variabilità territoriale. Nel 2013, inoltre, la percentuale di ginecologi obiettori risulta pari al 70,0%, senza sostanziali differenze rispetto al 2012 (69,6%).

### Salute della popolazione straniera

La popolazione straniera residente in Italia al 1 gennaio 2015 supera di poco i 5 milioni di unità e rappresentano l'8,2% del totale della popolazione residente. Oltre la metà dei residenti stranieri (52,4%) proviene da un Paese del continente europeo, mentre il 20,5% è la quota di cittadini provenienti dall'Africa (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 19,3% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,7% ha la cittadinanza di un Paese dell'America. I rumeni, gli albanesi ed i marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia.

Nel 2013, si sono registrati circa 543 mila ricoveri di cittadini stranieri (erano quasi 559 mila nel 2009), pari al 5,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese (circa il 5% nel 2009). I cittadini provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) costituiscono la quasi totalità di questi ricoveri (93,1%). Oltre due terzi dei ricoveri di cittadini provenienti dai PFPM sono in regime di Ricovero Ordinario (RO). Nel quinquennio 2009-2013 si sono mantenuti sostanzialmente stabili a fronte di una riduzione media annua dell'ospedalizzazione complessiva pari a circa il -3%.

Il quadro nosologico dei cittadini provenienti dai PFPM rimane sostanzialmente immutato rispetto al passato, con i traumatismi che continuano a rappresentare la diagnosi principale più frequente in RO, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle malattie del sistema respiratorio (in particolare le infezioni respiratorie). Escludendo le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio, per le donne provenienti dai PFPM i tassi per RO sono più elevati per le malattie del sistema circolatorio (in particolare le malattie del cuore), per le malattie dell'apparato digerente e per i tumori. L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani. Ciò potrebbe essere la risultante di un *mix* di fattori e cioè il migliore stato di salute della popolazione immigrata (effetto "migrante sano"), che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza, e l'effetto delle barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso.

Nel periodo compreso fra il 2004-2013, sono stati notificati al Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) 10.591 casi: il 15,0% (1.589 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana. Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 22,4% nel 2012, mentre risulta diminuita nel 2013 (13,6%). Un'interessante informazione riguarda il periodo di presenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA dal 2009. Dei 332 casi per i quali è nota l'informazione, circa l'84% erano presenti nel nostro Paese da più di 1 anno, indice questo del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia.

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri, anche per il 2012 si osserva come esista un effetto discriminante dato dalla regione di residenza. I valori più alti si registrano, per il 2012, in particolare per la Puglia, Sicilia, Lazio, Basilicata e PA di Bolzano, ma anche per Friuli Venezia Giulia, Campania e PA di Trento, con tassi compresi tra 19,6 e 17,1 per 10.000. I valori più bassi si registrano, invece, in Sardegna, Emilia-Romagna e Toscana (valori compresi, in ordine crescente, tra 13,0 e 14,1 per 10.000). Per gli stranieri, infine, si rileva che i Tumori, le Malattie del Sistema Circolatorio e le Cause esterne rappresentano le prime cause di morte.

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

### Assetto economico-finanziario

Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite, in Italia, è di 1.817€, del tutto in linea con il valore dell'anno precedente, segnando così un arresto del trend in diminuzione dal 2010. Tra i 32 Paesi dell'area dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'Italia si pone tra i Paesi che spendono meno in termini pro capite. Il Canada spende il doppio rispetto all'Italia, la Germania il 68% in più e la Finlandia il 35%. Il nostro Paese si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€).

La distribuzione della spesa fra le regioni si presenta disomogenea senza, però, un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

Fra il 2013 e il 2014, 12 regioni hanno ridotto la loro spesa sanitaria pro capite, mentre 9 ne hanno incrementato il valore, in particolare si registra un aumento in Campania (+0,18%), Puglia (+1,07%) e Molise (+6,23%) e una riduzione in Friuli Venezia Giulia (-3,93%), Valle d'Aosta (-3,06%) e Piemonte (-2,23%). Nel periodo 2010-2014, si evidenzia un trend in diminuzione della spesa pro capite, con un tasso medio composto annuo di -0,58% a livello nazionale, in particolare si registra una diminuzione che varia tra -1,55% del Piemonte e -0,3% dell'Abruzzo e un aumento che varia da 0,06% dell'Emilia Romagna all'1,04% della Sardegna.

Nel 2014, il disavanzo sanitario nazionale, calcolato con la metodologia della Ragioneria Generale dello Stato (ossia escludendo dai ricavi le "risorse aggiuntive da bilancio regionale" e sottraendo dai risultati consolidati regionali gli eventuali utili conseguiti da singole aziende), ammonta a circa 864 milioni di euro, in chiara diminuzione rispetto al 2013 (1,744 miliardi di euro). Si conferma, ancora una volta, il trend di sistematica riduzione che si è registrato, per ogni anno, a partire dal 2005.

La generalizzata riduzione dei deficit, il miglioramento della situazione nella maggior parte delle regioni assoggettate a Piano di Rientro (PdR) e la presenza di numerose regioni in equilibrio, inducono anche quest'anno, per quanto riguarda la dimensione economico-finanziaria, a un cauto ottimismo. I dati confermano, infatti, che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.

Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, poiché tale risultato è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

In questo Rapporto viene trattato, per la prima volta, il tema dei disavanzi non coperti delle Aziende Sanitarie pubbliche, aspetto molto rilevante per il funzionamento del SSN, poiché l'accumulo di deficit causa l'erosione del patrimonio netto aziendale e, quindi, la contrazione delle attività dovuta alla diminuzione delle disponibilità di cassa e all'incapacità di rinnovare adeguatamente le attrezzature.

I dati sui disavanzi non coperti mostrano che nello scorso decennio molte Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistematicamente operato in perdita e la copertura delle perdite accumulate è stata soltanto parziale. Alla fine del 2008, per esempio, si rilevavano 38,7 miliardi di euro di perdite accumulate dalle aziende (32,6 nelle regioni con PdR e 6,1 nelle altre), di cui 24,7 miliardi di euro coperti da contributi assegnati, ma non ancora erogati e i rimanenti 14,0 non ancora coperti nemmeno in termini di assegnazione. Di qui le ben note difficoltà incontrate dalle aziende nel pagamento dei fornitori e nel rinnovo dei cespiti. Negli anni successivi, e soprattutto a partire dal 2012, i Servizi Sanitari Regionali (SSR) hanno continuato a rilevare perdite, ma in misura sempre più contenuta. Nel frattempo, sono diventati più stringenti e monitorati gli obblighi di copertura, cui si è aggiunta un ingente trasferimento di liquidità da parte dello Stato. A fine 2014, tutti i disavanzi risultavano così essere stati coperti, almeno in termini di assegnazione, per il complesso del SSN e per la maggioranza dei SSR individualmente considerati.

### Assetto istituzionale-organizzativo

Il Capitolo affronta l'organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali con riguardo a due aspetti: quello dell'efficienza amministrativa e quello delle risorse umane. Riguardo all'efficienza, viene considerato un aspetto particolare legato ai tempi medi di pagamento (*Days of Sales Outstanding*) delle strutture sanitarie pubbliche. Questo indicatore, utilizzato per la prima volta nel Rapporto Osservasalute, può essere considerato una *proxy* dell'efficienza amministrativa delle Aziende Sanitarie.

A livello nazionale, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche sono passati da 300 giorni nel 2011 a 195 giorni del 2014, con una riduzione del 35%. La riduzione dei tempi medi di pagamento si è verificata, in particolar modo, a partire dal 2012, con una diminuzione più marcata tra il 2013-2014 e con un abbattimento dei tempi medi di pagamento del 24,7% in questi 2 anni. Tuttavia, sebbene la situazione sia nettamente migliorata nel quadriennio preso in analisi, i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche si discostano ancora molto da quanto prescritto dalla normativa vigente (D. Lgs. n. 192/2012).

I dati mostrano un profondo divario tra le regioni. Infatti, se in tutte le regioni viene riscontrato un trend di diminuzione tra il 2011-2014, i dati anno per anno mostrano che non tutte le regioni hanno fatto il medesimo sforzo per ridurre i tempi medi di pagamento delle Aziende Sanitarie pubbliche. Nello specifico, si passa dai 71 giorni, nel 2014 in Valle d'Aosta, valore sostanzialmente in linea con quanto prescritto dalla normativa vigente, ai 794 giorni in Calabria, valore oltre dieci volte superiore a quanto prescritto dalla normativa vigente. In generale, si riscontra come nelle regioni del Nord i tempi medi di pagamento siano mediamente più bassi del valore nazionale, mentre nelle regioni del Centro-Sud ed Isole i tempi di pagamento siano ancora molto lontani dal benchmark.

Riguardo alle risorse di personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nel 2013, la spesa ammonta a 35,169 miliardi di euro e registra un decremento dell'1,4% medio annuo (-4,1% assoluto) nel periodo 2010-2013, a fronte di una riduzione media annua della spesa sanitaria dell'1% (-2,9% assoluto); è l'aggregato di spesa del SSN che ha subito i tagli maggiori tra il 2010-2013. La diminuzione della spesa è, sostanzialmente, il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, portate avanti autonomamente dalle altre regioni. Tale evidenza si chiarisce meglio analizzando il trend del tasso di *turnover* tra il 2010-2012 che si è costantemente ridotto nel periodo considerato, arrivando a segnare 68,9 punti percentuali nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente (78,2% nel 2011).

L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 1,0 punto percentuale tra il 2010-2013, passando dal 33,2% al 32,2%. L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale, rapportata alla popolazione residente nel periodo 2010-2013, mostra una diminuzione del 4,4%, passando da un valore di 606,9€ a 580,1€ I valori regionali mostrano una profonda differenza nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.161,1€, si registra nella PA di Bolzano, seguita dagli 888,5€ della Valle d'Aosta, mentre le regioni con una spesa pro capite minore sono la Campania, la Puglia e il Lazio, che registrano valori inferiori a 500€ pro capite.

### Assistenza territoriale

A livello nazionale, nel corso del 2013, sono stati assistiti, complessivamente, al proprio domicilio 732.780 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 1.217 casi (per 100.000), con un incremento del 14,17% rispetto al 2012. Permane, dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità regionale. Si va, infatti, da un tasso minimo di 146 persone (per 100.000) che hanno iniziato il trattamento di ADI della PA di Bolzano ad un valore massimo di 2.850 (per 100.000) dell'Emilia-Romagna, cui seguono Toscana e Friuli Venezia Giulia (2.834 e 2.182 per 100.000, rispettivamente).

Il numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente mostra la consueta variabilità regionale, passando da 3,3 casi (per 1.000) nella Valle d'Aosta a 111,4 (per 1.000) casi in Toscana.

Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali, si evidenzia come nelle regioni del Nord vi sia il tasso più elevato (125,9 per 100.000) rispetto alle regioni del Sud ed Isole e del Centro (rispettivamente, 111,2 e 93,2 per 100.000). Rispetto al 2012, tali valori permangono in aumento per le regioni del Nord e del Meridione (rispettivamente, + 41,8% e +7,6%), mentre si registra una ulteriore sensibile flessione per le regioni del Centro (-10,0%).

In Italia, i posti letto nelle strutture residenziali destinati ad accogliere persone con disabilità e anziani sono, complessivamente, 271.254 pari a 44,6 ogni 10.000 abitanti. La parte più ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani (171,7 ogni 10.000), mentre le quote residuali sono rivolte ad utenti con disabilità (7,9 ogni 10.000).

L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra, soprattutto, nelle regioni del Nord e subisce consistenti riduzioni nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano in Piemonte con 99,3 posti letto (per 10.000); la più bassa dotazione di posti letto si riscontra in Campania con 10,7 per 10.000.

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 263.798. Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente 44.951 (12,0 per 10.000 adulti residenti) e 1.417 (1,4 per 10.000 minori residenti). Il ricorso maggiore all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nella PA di Bolzano (457,3 per 10.000). Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente e tocca i valori minimi in Campania e in Calabria dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati, rispettivamente, 50,9 e 78,2 anziani, valori fortemente al di sotto del dato nazionale (202,7 per 10.000). Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità. La Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (27,2 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre il Meridione vede ridursi considerevolmente i livelli del tasso.

Il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del diabete mellito stimato controllando i fattori confondenti, di natura epidemiologica e organizzativa, mette in luce che le regioni con i tassi più bassi risultano collocate nella zona Centro-meridionale del Paese: Marche, Sardegna, Toscana e Basilicata. I tassi più elevati si osservano in alcune regioni settentrionali (Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia) ed in Puglia.

Il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per broncopneumopatia cronico ostruttiva evidenzia che le regioni più virtuose sono la Toscana, la Sicilia, il Piemonte e la Valle d'Aosta; i valori più elevati di ospedalizzazione evitabile per questa patologia si riscontrano, invece, in Calabria, Campania e Puglia.

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache, valutata controllando i fattori confondenti, premia la Toscana, la Sardegna ed il Trentino-Alto Adige che registrano i valori più bassi, mentre le meno virtuose sono la Calabria, l'Abruzzo e la Sicilia.

Il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per asma in età pediatrica, per il quale si è tenuto conto della sola struttura per età come fattore confondente, mette in luce che per questa patologia le regioni meno virtuose sono il Lazio e la Campania, mentre in Lombardia, Liguria, Molise, Puglia e Calabria il tasso è in linea con il valore italiano; in tutte le altre regioni i tassi di ospedalizzazione sono, significativamente, inferiori al dato nazionale.

Infine, il tasso standardizzato per età dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile per gastroenterite in età pediatrica evidenzia come le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione del Molise e della Basilicata, presentino *performance* generalmente peggiori rispetto al dato nazionale, mentre le regioni del Nord e del Centro, con l'eccezione della Lombardia e della PA di Bolzano, mostrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori al valore italiano. Le regioni con i tassi più alti sono la Puglia (5,05 per 1.000) e l'Abruzzo (4,38 per 1.000), mentre il tasso più basso si registra nella PA di Trento (0,65 per 1.000).

### Assistenza farmaceutica territoriale

L'andamento del consumo di farmaci a carico del SSN rispetto all'anno precedente non è omogeneo tra le regioni: si assiste ad una riduzione dei consumi in Veneto (-1,4%), Liguria (-2,1%) e Sicilia (-2,5%), mentre si registra un aumento in Molise (5,7%), Calabria (4,0%) e Campania (3,9%).

Il consumo sul territorio oscilla tra il valore massimo di 1.192 e 1.188 *Defined Daily Dose*-DDD/1.000 ab die, rispettivamente, della Calabria e del Lazio a quello di 879 (DDD/1.000 ab die) della Liguria e di 948 (DDD/1.000 ab die) del Veneto.

La lettura del dato sui consumi in serie storica (2001-2014) mette in luce che il gradiente Nord-Sud ed Isole di consumi e spesa sia un fenomeno di lunga durata e che, nel corso dell'ultimo decennio, sia rimasto sostanzialmente immutato. Tutte le regioni del Nord hanno avuto nel corso del periodo esaminato consumi e spesa infe-



riori al valore nazionale; le regioni del Meridione (ad eccezione di Basilicata, Molise e parzialmente Abruzzo) hanno avuto consumi e spesa superiori al dato nazionale, mentre il Lazio, a differenza delle altre regioni del Centro, ha avuto e continua ad avere consumi e spesa superiori al valore italiano. L'Umbria è l'unica regione con la caratteristica di avere costantemente consumi superiori al valore nazionale e valori di spesa inferiori.

Nel 2014, la spesa farmaceutica territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale è diminuita del 3,9% rispetto al 2013 e del 14,1% rispetto al 2001. Le regioni con la spesa più elevata sono la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia, mentre le regioni con il valore più basso sono l'Emilia-Romagna con 139,20€pro capite e la Toscana con 143,70€pro capite. Nell'arco temporale 2001-2014, tutte le regioni hanno registrato una riduzione della spesa lorda pro capite con una riduzione, a livello nazionale, del 14,1% (da 209,90€a 180,40€). In particolare, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia hanno avuto nel periodo riduzioni di spesa media pro capite superiori al 20%.

Il totale della compartecipazione richiesta ai cittadini è stato pari a 1 miliardo e 500 milioni di euro (con un aumento della spesa pro capite del 2,5% rispetto al 2013 e del 49,7% rispetto al 2010). La spesa pro capite è stata pari a 24,70€con un'incidenza sulla spesa farmaceutica lorda pari al 13,7%, il valore più elevato dal 2005.

Tra le regioni in cui, nel 2014, era in vigore il ticket imposto dalla Regione (escludendo, quindi, Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna) le quote più basse richieste ai cittadini si osservano in Emilia-Romagna (15,80€pro capite, 11,4% della spesa lorda), in Piemonte (16,00€pro capite, 10,0%) ed in Toscana (16,10€pro capite, 11,1%). Le regioni, invece, i cui cittadini contribuiscono maggiormente alla spesa farmaceutica sono la Puglia (33,10€pro capite, 15,2% della spesa lorda), la Sicilia (33,20€pro capite, 16,0%) e la Campania (36,50€pro capite, 16,3%)

### Assistenza ospedaliera

La struttura dell'offerta è stata valutata tramite l'analisi della dotazione regionale dei Posti Letto (PL) ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero. I dati, relativi al 1 gennaio 2014, hanno rilevato una dotazione di 3,63 PL (per 1.000 residenti), di cui 3,04 PL (per 1.000) per acuti, 0,15 PL (per 1.000) per lungodegenza e 0,43 PL (per 1.000) per riabilitazione. La dotazione di PL per acuti è composta da 2,68 PL (per 1.000) dedicati al Ricovero Ordinario (RO) e 0,36 PL (per 1.000) al ricovero diurno.

La dotazione di PL complessiva ha subito un lieve calo rispetto al 3,74 PL per 1.000 del 2013 ed ha raggiunto un valore inferiore all'obiettivo normativo di 3,70 PL per 1.000. Tale riduzione ha interessato, quasi esclusivamente, la componente per acuti che è passata da 3,15 PL (per 1.000) del 2013 a 3,04 PL per 1.000 del 2014.

I PL dedicati alla componente *post*-acuzie, lungodegenza e riabilitazione, si attestano sul valore di 0,58 PL per 1.000 e si confermano leggermente sottodimensionata rispetto all'obiettivo normativo dello 0,70 PL per 1.000. I dati presentano un marcato gradiente geografico con una dotazione di PL superiore al valore nazionale e allo standard in tutte le regioni del Nord e del Centro, ad eccezione di Toscana e Umbria, mentre si registra un tasso di PL inferiore al dato nazionale nel Meridione, ad eccezione del Molise.

Per quanto riguarda la domanda soddisfatta dal sistema ospedaliero i dati registrati, nel 2014, indicano un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 148,7 per 1.000, quindi sensibilmente inferiore allo standard del 160 per 1.000 indicato dal DM n. 70/2015. La percentuale di ricoveri in regime diurno è contenuta al 24,6% (standard normativo 25%). Tra il 2009 e il 2014, si rileva una forte riduzione del ricovero in regime diurno, con un tasso che passa dal 53,0 per 1.000 al 36,6 per 1.000, e dell'ospedalizzazione in regime ordinario, con un tasso che varia dal 126,4 per 1.000 del 2009 al 112,1 per 1.000 del 2014.

Si osserva, tra il 2013 e il 2014, una lieve riduzione dei ricoveri per lungodegenza (da 1,81 a 1,76 per 1.000 residenti) e per riabilitazione (da 5,25 a 5,12 per 1.000 residenti), contro una marcata riduzione del RO per acuti (da 108,8 a 105,2 per 1.000 residenti).

Il tasso specifico di dimissione più elevato si rileva nella fascia di età *over* 75 anni (280,2 per 1.000 residenti). Per quanto riguarda l'ospedalizzazione in età pediatrica (0-17 anni) il tasso specifico di dimissione del 2014 è pari a 61,9 per 1.000 per il RO ed a 25,9 per 1.000 per il ricovero diurno. In età pediatrica il tasso specifico più elevato si registra nel 1° anno di vita (413,9 per 1.000).

In merito alla dinamica della mobilità ospedaliera in età pediatrica, un *focus* sulle regioni in Piano di Rientro consente di individuare un aumento consistente in varie regioni, in particolare in Calabria ed in Umbria.

Gli indicatori di efficienza delle strutture di ricovero e cura comprendono la Degenza Media (DM), complessiva e per genere, la Degenza Media Preoperatoria (DMPO) e, solo per l'età pediatrica, l'Indice di *Case-Mix* e l'Indice Comparativo di *Performance*. La DM complessiva, sia grezza che standardizzata per *case-mix*, è pari a 6,8 giorni per tutto il triennio preso in considerazione (2012-2014). La DMPO, standardizzata per *case-mix*, è in lieve calo ed è passata da 1,99 giorni del 2007 a 1,76 giorni del 2014. Per questo indicatore si registra un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con le regioni meridionali che presentano valori più elevati.

Per la dimensione dell'appropriatezza clinica e organizzativa, la percentuale di interventi per frattura di

femore eseguiti entro 2 giorni dal ricovero ha registrato un netto incremento, passando dal 35,1% del 2010 al 54,9% del 2014 mostrando un aumento di quasi 5,0 punti percentuali solo nell'ultimo anno. Nonostante questo buon risultato i valori registrati rimangono lontani dagli obiettivi indicati dalle Linee Guida internazionali e raggiunti in altri Paesi, in particolare del Nord Europa. Si conferma, inoltre, la forte variabilità regionale con un *range* compreso tra il 19,2% del Molise e valori leggermente al di sopra dell'80% della Valle d'Aosta e della PA di Bolzano.

Nel 2014, si conferma un'elevata variabilità regionale anche per i tassi di ospedalizzazione per le tre procedure ad elevato impatto sociale prese in considerazione (protesi di anca, bypass e angioplastica coronarica). Per i 5 anni considerati (2010-2014) si è assistito ad un aumento del tasso di ospedalizzazione per protesi di anca ed angioplastica e ad una riduzione del tasso di bypass coronarico, mentre il confronto tra il 2013 e il 2014 evidenzia una riduzione del tasso in tutti e tre gli indicatori considerati. Tutti i valori rilevati presentano un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con tassi più elevati al Nord per protesi di anca.

### Trapianti

Gli indicatori esaminati riguardano l'attività di donazione e *procurement* di trapianto e la valutazione degli esiti. Dopo un decennio di forti incrementi nell'attività di donazione, negli ultimi anni ci si è attestati su un valore di circa 1.100 donatori utilizzati, con un lieve aumento per il 2014 (1.174). La stessa cosa dicasi per il numero di trapianti che si attesta sui 2.900 all'anno, anche in questo caso con un lieve aumento nel 2014.

L'età mediana dei donatori utilizzati continua a crescere, passando dai 52 anni del 2002 ai 62 anni del 2013, con valori sovrapponibili nel 2014. Nello stesso anno, rispetto al numero registrato degli accertamenti di morte con standard neurologici, le opposizioni sono state il 30,8%. Nel 2012, i più elevati livelli di donatori utilizzati si registrano in Toscana (37,1 Per Milione di Popolazione-PMP), mentre i valori minori si osservano in Basilicata (5,2 PMP).

Il divario regionale tra Centro-Nord e Meridione persiste anche nell'attività di trapianto e nella distribuzione dei centri per tipologia di organo generando una mobilità dei pazienti verso le regioni settentrionali, evidenziata dalla percentuale e dal numero dei trapianti eseguiti su soggetti provenienti da fuori regione. Le percentuali di trapianti eseguiti su pazienti extra regionali sono, comunque, ridotte anche nelle regioni del Centro-Nord, dove solo 1 (Veneto) sulle 3 del 2013 continua a mostrare una percentuale >40%. Complessivamente, la percentuale di trapianti fuori regione eseguiti in Italia è passata dal 31,7% del 2009 al 26,7% del 2014.

Le sopravvivenze di cuore risultano in lieve flessione (0,4 punti percentuali) nel 2013 rispetto agli anni precedenti, mentre per quanto riguarda fegato e rene i valori risultano in linea con i valori degli anni recenti. La sopravvivenza del paziente ad 1 anno dal trapianto si attesta, rispettivamente, per cuore, fegato e rene sui valori: 82,7%, 85,9% e 97,2%.

### Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Nell'ambito delle valutazioni della *performance* di un Servizio Sanitario Nazionale particolare interesse è rivolto all'analisi della mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*amenable mortality*), ovvero quei decessi prematuri che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia. Questo indicatore permette di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e verificarne, nel tempo, il successo.

Uno studio descrittivo sui dati secondari di 32 Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico nel periodo 2000-2012 mostra che l'Italia è uno dei Paesi in cui la mortalità riconducibile ai servizi sanitari è diminuita in maniera minore tra il 2000-2001 e il 2011-2012 (-27,4%), preceduta da Messico, Stati Uniti, Giappone, Cile, Canada, Slovacchia, Grecia e Francia. La ragione di questa blanda diminuzione potrebbe dipendere dal fatto che, nel 2000-2001, l'Italia presentava valori che erano tra i più bassi e aveva, quindi, un ridotto margine di miglioramento rispetto ad altri Paesi.

### Stato dell'arte della prevenzione in Italia

Il significativo miglioramento, negli ultimi decenni, delle condizioni di salute nei Paesi economicamente più avanzati è attribuibile, in parte, ad una maggiore attenzione agli stili di vita, tra questi un ruolo importante è rappresentato dall'attività di prevenzione. Tra il 2000-2009, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta, nei Paesi aderenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), in termini reali mediamente del 3,8%. Con la crisi la spesa sanitaria pubblica è cresciuta a un tasso annuo significativamente inferiore in tutti i Paesi OCSE, in particolare la spesa per la prevenzione è quella che ha subito il maggior ridimensionamento dai tagli di bilancio.

In Italia, la spesa destinata alla prevenzione (che comprende, tra le altre, le attività di prevenzione rivolte alla persona come, ad esempio, vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli

ambienti di vita e di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienicosanitaria degli alimenti) è pari al 4,2% della spesa sanitaria, mentre il livello fissato nel Patto per la Salute 2010-2012 è pari al 5%.

L'analisi degli indicatori consente una visione della prevenzione primaria anche in termini di attività vaccinale: emerge come le coperture vaccinali della popolazione infantile, nel 2013-2014, subiscano decrementi lievi per le vaccinazioni obbligatorie (Tetano -1,0%, Poliomielite, Difterite ed Epatite B -1,1%), per la Pertosse (-1,1%) e per l'*Haemophilus influenzae* di tipo b (-0,6%), mentre decrementi più marcati si osservano per il Morbillo, Parotite, Rosolia (per ciascuno si registra un valore pari a -4,0%) e Meningococco c coniugato (-2,5%), mentre aumentano le coperture per Varicella e Pneumococco coniugato (10,3% e 0,6%, rispettivamente); per la vaccinazione anti-influenzale nei soggetti di 65 anni ed oltre, nell'arco temporale 2003-2004/2014-2015, si registra una netta diminuzione pari a circa il 20%.

Spostando l'attenzione sugli screening organizzati e spontanei e, dunque, sulla prevenzione secondaria, emerge come l'estensione effettiva dell'offerta per i tre screening (cervicocarcinoma uterino, mammella e colon-retto) subisca un incremento tra il 2005-2006 ed il 2010-2012 (da 51,8% a 69,5%, da 54,3% a 73,3%, da 20,7% a 53,1%, rispettivamente). Per il 2013 i dati di estensione si assestano al 71% e al 74% per lo screening per il cervicocarcinoma uterino e della mammella, rispettivamente, e al 62% per il colon-retto. Sempre con notevoli differenze territoriali, i valori di partecipazione della popolazione *target* agli screening sono pari, per il tumore della mammella al 56,1%, per il cervicocarcinoma uterino, nel 2012, al 40,7%, mentre per il carcinoma del colon-retto al 47,1% (test per il sangue occulto nelle feci) e circa il 27% (*range*: 7-37%) (rettosigmoidoscopia). Dal 2008 al 2014, mentre cresce in tutto il Paese la copertura dello screening per il tumore della cervice uterina organizzato, quella dello screening spontaneo resta sostanzialmente stabile o diminuisce significativamente nelle regioni del Nord (-9,4%); lo screening spontaneo per il tumore della mammella resta sostanzialmente stabile mostrando un aumento nelle regioni del Sud; la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (64%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (43%) e del Sud ed Isole (19%).

Infine, nell'ambito delle valutazioni sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si osserva che le regioni inadempienti rispetto alla garanzia dei LEA sono, oltre al Lazio, quelle del Meridione e coincidono di fatto con le regioni che presentano inadempienze nelle funzioni relative alla prevenzione. Dai dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali sulla spesa sanitaria del 2011 (2) si rileva come la percentuale di spesa complessiva dedicata alla prevenzione sia uguale tra regioni inadempienti e adempienti nel monitoraggio dei LEA (circa 4,3%).

### Alcune Raccomandazioni di Osservasalute

Le analisi del Rapporto Osservasalute 2015 descrivono un quadro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con pochi lati positivi e molti negativi: diminuzione della spesa sanitaria pubblica e graduale riduzione del debito da un lato; arretramento dell'attività di prevenzione, stili di vita salutari ancora inadeguati e ritardi nella modernizzazione del sistema dall'altro.

Ciò premesso, e alla luce dei risultati evidenziati nel Rapporto, si ritiene opportuno mettere l'accento su alcuni punti che riteniamo essenziali per il futuro e sui quali richiamare l'attenzione del decisore pubblico.

Il primo punto da sottolineare è relativo all'interpretazione dei buoni risultati documentati nel Rapporto in tema di riduzione dei deficit. Infatti, le analisi effettuate inducono a un cauto ottimismo, poiché i dati confermano che il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi. Tuttavia, va evidenziato come questo equilibrio sia ancora fragile, poiché è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

La considerazione appena espressa evidenzia la necessità di una migliore programmazione delle politiche, al fine di rendere il sistema più efficiente, eliminando le sovrapposizioni di ruoli e attività tra strutture pubbliche e private e adeguando l'offerta di prestazioni alle effettive esigenze della popolazione. Il perseguimento di questo ultimo obiettivo consentirebbe di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e di evitare che analoghi bisogni di salute vengano soddisfatti nelle regioni con tipologia e quantità di prestazioni differenti ed un diverso utilizzo di risorse.

Sempre in ottica di razionalizzazione e di miglioramento della *performance*, si evidenzia l'opportunità di organizzare il sistema valorizzando il concetto di continuità assistenziale, cioè un modello di assistenza che abbia come obiettivo quello della presa in carico dei pazienti, da attuare con l'organizzazione di una rete funzio-

nale integrata costituita da professionisti socio-sanitari, pazienti ed eventuali *caregiver*. Tale modello organizzativo permette all'individuo di ricevere un'assistenza continua nell'arco delle 24 ore (DM n. 70/2015), a prescindere dal domicilio del paziente o dal luogo dove questo viene trattato, e assicura all'utente interventi personalizzati progettati da una *équipe* multidimensionale che valuta il paziente in maniera complessiva (clinica-assistenziale, di autosufficienza, socio-economica e culturale). Un'organizzazione di questo tipo necessita del supporto di sistemi di valutazione multidimensionali che valutino, contemporaneamente, le dimensioni della qualità delle cure, il guadagno di salute e la sostenibilità economica.

Restando in tema di valutazioni, finalizzate alla garanzia dell'accesso alle cure per il cittadino, sarebbe opportuno implementare flussi in grado di fornire informazioni sull'*outcome*, la tipologia di prestazioni e la spesa correlata, tali da permettere da un lato di monitorare il sistema sanitario nazionale, dall'altro supportare il decisore pubblico per la programmazione delle politiche e la gestione delle risorse.

*Dott. Alessandro Solipaca*  
Segretario Scientifico  
*Dott.ssa Marta Marino*  
Osservatorio Nazionale sulla Salute  
nelle Regioni Italiane

*Prof. Walter Ricciardi*  
Direttore  
Osservatorio Nazionale sulla Salute  
nelle Regioni Italiane