

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2008

Il Rapporto Osservasalute analizza come ogni anno lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati dai Sistemi Regionali Sanitari.

In linea generale, lo stato di salute degli italiani è complessivamente buono, ma aumenta la differenza tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne.

Già dalla fotografia dell'Italia nel Rapporto dell'anno scorso emergevano forti differenze nello stato di salute, nella copertura dei servizi, nella gestione ed integrazione delle attività socio-sanitarie, nella capacità di investimento e di sviluppo in ciascuna singola area del Paese e nelle diverse regioni e Province Autonome.

Quest'anno questa tendenza è ancora più forte e rappresenta il filo conduttore per comprendere ed interpretare il nostro o, meglio, i nostri sistemi sanitari.

I principali risultati:

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

La popolazione è lievemente aumentata per effetto delle immigrazioni e dei nuovi nati, soprattutto da cittadini stranieri, in particolare nelle regioni del Nord.

Gli effetti di queste dinamiche non hanno modificato la forte tendenza all'inecchiamento della popolazione del nostro Paese: nonostante il contributo di "ringiovanimento" dato dall'afflusso di popolazioni immigrate, ogni cinque persone una ha più di 65 anni.

Sopravvivenza, mortalità e morbosità

La speranza di vita alla nascita delle donne per il 2007 è in media di 83,8 anni e per gli uomini di 78,4 anni, in linea con quella degli anni precedenti.

Sia per gli uomini che per le donne, la regione con la speranza di vita più elevata è quella delle Marche, quella più svantaggiata è la Campania.

Le malattie cardiovascolari restano sempre la prima causa di morte, ma si riscontra un incremento della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio in tutto il territorio nazionale.

In uno scenario che vede una riduzione generale dei rischi si riscontra, infatti, un aumento nel rischio di morte per tumori alla trachea, ai bronchi ed ai polmoni.

Dal 2003 al 2006 il tasso di mortalità per queste patologie è cresciuto dell'8%, superando i 2 decessi per 10.000 abitanti a livello nazionale, con valori massimi nel Lazio (2,74 per 10.000), Lombardia e Friuli-Venezia Giulia (2,62 per 10.000).

Nel complesso, le stime elaborate dal gruppo di ricerca che analizza le tendenze delle patologie tumorali in Italia prevedono che, alla fine di questo decennio, saranno 2 milioni i casi prevalenti: tra loro circa 400.000 saranno pazienti diagnosticati da meno di due anni, su cui si concentra la domanda più intensa di cure mediche, e 700.000 quelli ammalatisi da oltre 10 anni, potenzialmente guariti o che soffrono per sequele fisiche, psicologiche e sociali dei trattamenti.

L'analisi dei trend temporali di mortalità per area geografica in Italia, per tutti i tumori e per le principali sedi oncologiche, mostra che è ancora in atto, come abbiamo evidenziato negli anni precedenti, un livellamento delle tendenze di rischio tra Nord, Centro e Sud, con un netto peggioramento per quest'ultimo, in particolare per gli uomini, i cui livelli di incidenza, che negli anni '70 erano spiccatamente più bassi rispetto al resto del Paese, stanno aumentando, con la previsione che nel 2010 raggiungeranno i valori del Nord per tutte le sedi e per i tumori del colon-retto, del polmone e dello stomaco.

Altalenante, invece, negli ultimi anni, la mortalità per diabete mellito, che permane comunque una delle principali cause di decesso, con tassi di mortalità leggermente più alti per gli uomini e più elevati al Sud.

Per le malattie infettive (AIDS, HIV, meningite batterica, epatite B, infezioni e tossinfezioni alimentari,

malattie a trasmissione sessuale) come per gli anni precedenti le regioni del Centro-Nord presentano dati più elevati. Nel periodo 2000-2006, generalmente, si è osservato un aumento dell'incidenza di sifilide e gonorrea.

Per quanto riguarda le malattie legate a disturbi psichiatrici si segnala una diminuzione generale e una diminuzione dei tassi di ricovero per tali patologie per le regioni del Nord.

Nel 2007 le regioni che mostrano i tassi più elevati di mortalità per abuso di stupefacenti li concentrano nella classe di età superiore ai 25 anni (soprattutto tra i 30 e i 34 anni) con le regioni del Centro che presentano valori in crescita rispetto agli anni precedenti. Tassi particolarmente bassi si riscontrano in alcune regioni del Sud e per le donne rispetto ai valori rilevati per gli uomini.

La mortalità per suicidio è in diminuzione ed è più diffusa nelle classi di età anziane.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Alimentazione, sovrappeso e obesità: per quanto concerne gli stili alimentari, tra i cambiamenti più rilevanti vanno segnalati: crescita del consumo di aperitivi alcolici, diminuzione dei cibi grassi e dei carboidrati, ma anche di molti vegetali, frutta e pesce.

Se da un lato si può valutare positivamente l'andamento decrescente dei cibi grassi (come ad esempio i salumi ed i formaggi) e l'aumento dei legumi, in negativo abbiamo un aumento per il consumo di alimenti proteici (alcune carni e uova), di cereali, di patate e di snack salati.

In genere, le regioni settentrionali risultano avere un trend positivo, ad eccezione della Liguria, dove la crescita del consumo di fonti di grassi e di bevande alcoliche risulta particolarmente negativa. Tra le regioni del Centro si segnala il trend crescente del consumo di frutta e verdura in Toscana.

I tassi di incidenza e prevalenza dell'obesità, in Italia sono elevatissimi e in crescita in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età, ma le regioni del Sud presentano la prevalenza più alta di soggetti obesi e in sovrappeso, in particolare la Basilicata (rispettivamente 12% e 40,4%), la Campania (11,2% e 39,8%) e la Sicilia (11% e 38,2%).

I valori sono, inoltre, in progressivo aumento soprattutto nella fascia di età 45-74 anni e soprattutto per gli uomini.

Il 26,3% degli uomini e il 7,5% delle donne di età superiore a 11 anni consuma bevande alcoliche secondo modalità a maggior rischio. Rilevanti differenze si riscontrano a livello regionale con oscillazioni che vanno dal 15,9% in Sicilia al 39,4% in Molise tra gli uomini e dal 3,5% in Sicilia al 13,0% in Friuli-Venezia Giulia per le donne.

Le persone meno istruite di ambo i sessi tendono a riferire un peggiore stato di salute e risultano avere un rischio più che raddoppiato di essere disabili. Al diminuire del livello di istruzione, inoltre, aumenta la quota di persone obese, soprattutto per le donne, per le quali si registrano eccessi di rischio più che raddoppiati.

Fumo: i dati sono pressoché invariati rispetto all'anno scorso con una dipendenza dal fumo maggiore per gli uomini rispetto alle donne.

Screening oncologici: negli ultimi anni l'attività di prevenzione oncologica in Italia si è sviluppata molto. Nelle aree territoriali dove sono attivi programmi di screening mammografico, per il cervicocarcinoma e per il colon retto, c'è stato un forte impulso negli ultimi due anni e le attuali coperture sono attualmente di otto donne su dieci per la prevenzione del cancro della mammella, di sette donne su dieci per quello della cervice uterina e quasi la metà della popolazione per il cancro del colon-retto.

Le differenze geografiche già evidenziate in passato tra il Nord ed il Sud persistono, ma si attenuano.

Incidenti: per quanto riguarda quelli domestici i più colpiti restano donne, bambini e anziani. Per questo dato non vengono segnalate significative differenze regionali.

Relativamente a quelli stradali, nel 2007 si riscontra a livello generale una diminuzione del numero (-3,0%), dei feriti (-2,1%) ed un calo consistente del numero dei morti (-9,5%) rispetto al 2006.

Per quanto riguarda gli incidenti mortali sul lavoro, nel 2007 si è registrato un calo di circa il 10%: in numeri assoluti sono stati 1.200, segnando il valore minimo assoluto dalla fine degli anni 40.

L'analisi che quest'anno è stata effettuata sui tassi di infortunio negli stranieri ha evidenziato che sono più svantaggiati e complessivamente hanno valori più alti di circa due volte e mezzo rispetto a quelli degli italiani.

In sintesi il rischio lavorativo fa registrare più infortuni nel Nord-Est e più morti al Sud.

Ambiente: quest'anno il tema dei rifiuti solidi urbani ha portato il nostro Paese costantemente sulle prime pagine dei giornali di tutto il mondo. In generale, a fronte di una produzione in continuo incremento, che già

di per sé rappresenta uno dei fattori più importanti di pressione ambientale, la capacità e l'efficienza nella raccolta e nella gestione dei rifiuti cambiano sia all'interno di ciascuna regione che tra diverse regioni, ed il divario Nord-Sud è molto forte e crescente.

Disabilità: prendendo spunto da quanto sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia nel 2007, quest'anno l'analisi dei dati relativi ai disabili è stata effettuata sulla popolazione con disabilità in età formativa e lavorativa (6-64 anni).

Le stime del 2005 sulle persone con disabilità severa sono di 116 mila nell'età della formazione (tra i 6 e i 24 anni) e 413 mila in età lavorativa (tra i 25-64 anni). Dal 1998 al 2007 il numero di studenti disabili nelle scuole pubbliche è aumentato e questo è sicuramente un segnale di miglioramento nelle politiche al sostegno scolastico.

Nella popolazione disabile in età lavorativa, invece, vi sono ancora enormi difficoltà: solo il 17% ha un'occupazione, rispetto alla popolazione non disabile in cui ha un lavoro il 60%.

Sono anche molto forti le differenze geografiche tra Nord e Sud sia per l'inserimento lavorativo, con connotati di forte svantaggio per le donne, che per la percezione generale dello stato di salute.

Salute materno-infantile

Gli indicatori sulla mortalità infantile e neonatale restano stabili in tutto il Paese:

- il parto cesareo in relazione all'età della donna evidenzia un aumento per tutte le classi di età, ma con fortissime variabilità regionali che vedono il Sud, in particolare la Campania, ai primi posti. Il ricorso al taglio cesareo mostra un livello medio nazionale particolarmente elevato, intorno al 38%, valore tra i più elevati in Europa e molto vicino a quelli di Paesi come la Cina, la Corea, il Messico ed il Brasile;
- l'aumento del ricorso al parto cesareo nella regione Campania, enormemente al di sopra dello standard fissato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute), sembra legato oltre che a scelte non in linea con le indicazioni nazionali e regionali, a problemi di ordine organizzativo;
- per alcune informazioni, come ad esempio la distinzione di parto cesareo primario e pregresso, è migliore l'informazione derivante dalla banca dati SDO che da quella CeDAP;
- in leggero aumento l'abortività spontanea, mentre è stabile il dato complessivo relativo all'interruzione volontaria di gravidanza. Quest'ultima, se analizzata in funzione della cittadinanza, evidenzia però una diminuzione tra le donne italiane ed un aumento tra quelle straniere, in particolare per le donne nubili e giovani;
- in ulteriore diminuzione la mortalità neonatale ed infantile, ma con un divario Nord-Sud, a sfavore di quest'ultimo, ancora elevato.

Salute degli immigrati

A distanza di dieci anni dalle prime norme in cui si prendeva consapevolezza della necessità di implementare una politica sanitaria per gli immigrati, è stato fatto un primo bilancio sull'impatto di tali provvedimenti sulla salute della popolazione immigrata in Italia, considerando anche la crescente presenza degli stranieri, passata da circa il 2% della popolazione residente nel 1998 all'attuale 6%.

Gli elementi principali riscontrati sono stati due:

- 1) l'aumento dell'accessibilità del sistema sanitario, con incoraggianti risultati in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute tra immigrati e popolazione italiana;
- 2) la persistenza, di condizioni di fragilità sociale che si ripercuotono negativamente sulla salute.

A supporto del primo punto, possiamo considerare i dati sull'ospedalizzazione, con particolare riferimento al crescente utilizzo del Day Hospital, ma anche la riduzione dei tassi d'incidenza dell'AIDS e la stabilizzazione di quelli relativi alla tubercolosi. Si segnala anche una riduzione della mortalità infantile tra i nati da genitori stranieri.

I dati a supporto del secondo punto sono: l'elevata frequenza di ricorso all'IVG, che non mostra alcuna tendenza alla diminuzione; il rischio maggiore rispetto agli italiani di incidenti sul lavoro, spesso evidenziati indirettamente dall'accesso in ospedale per traumatismi; il tasso infortunistico complessivamente più alto tra i lavoratori stranieri (9,3%) rispetto a quello degli italiani (3,4%). Infine la frequenza riscontrata nei dati delle dimissioni ospedaliere di ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza (come appendicectomie e leiomiomi).

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Le regioni si sono diversificate sempre di più tra loro poiché hanno adottato modelli istituzionali e di governance profondamente diversi.

Rimane forte e, nel caso di 7 regioni aumenta, il divario quali-quantitativo nell'offerta e nella qualità dei servizi.

Il sistema di garanzia e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza è ancora in fase di aggiornamento, visto che solo qualche mese fa si è raggiunto un primo accordo in Conferenza Stato-Regioni e non è stato ancora in grado di generare chiari incentivi per le regioni in crisi strutturale.

I principali risultati:

Assetto economico-finanziario ed istituzionale-organizzativo

Dall'analisi congiunta degli indicatori relativi alla spesa sanitaria emerge chiaramente l'aumento generale della spesa e la presenza di un forte gradiente Nord-Sud.

Le regioni del Sud dedicano quote molto elevate del loro Prodotto Interno Lordo alla Sanità (fino all'11% in Molise, quasi il 9% in Calabria), mentre regioni come la Lombardia soddisfano il diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini con meno del 5% del proprio reddito (dati 2005).

Nella prospettiva dell'abbandono del sistema della perequazione (originariamente fissato al 2013 dal D. Lgs 56/00), queste differenze si faranno sentire sulle economie delle singole regioni.

Dall'analisi del "mercato" sanitario delle singole regioni emerge una forte varietà nelle modalità attraverso le quali le regioni stanno affrontando l'innovazione tecnologica nell'ambito dei propri sistemi sanitari.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati del personale, in molti Paesi Europei si lamenta mancanza di personale qualificato sia nelle professioni infermieristiche (problema già fortemente presente anche in Italia), ma anche e sempre più nella professione medica, soprattutto per quanto riguarda alcune specializzazioni. Quest'anno il gruppo di lavoro ha analizzato la situazione della "forza lavoro" medica nel Servizio Sanitario Nazionale ed al di fuori dello stesso, passando in rassegna le principali fonti informative istituzionali disponibili, ma attingendo anche ai dati di importanti fonti informative private.

Assistenza Ospedaliera

Continua la riduzione dei ricoveri in regime ordinario in tutte le regioni tranne che in Puglia, mentre per quanto riguarda le attività di Day Hospital vi sono grandi differenze fra le regioni, anche in correlazione alle diverse politiche ed ai differenti modelli programmatori ed organizzativi per questo regime assistenziale e per quello ambulatoriale.

Permane un forte gradiente differenziale nei tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario, che risultano più elevati nelle regioni dell'area meridionale ed insulare del Paese e minori nelle regioni settentrionali.

In particolare, si osserva come il tasso di ospedalizzazione assuma i valori più elevati per la classe degli ultrasettantacinquenni e con una considerevole variabilità tra le regioni. Ciò è certamente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione di strutture specializzate nell'assistenza riabilitativa.

Sono stazionari i ricoveri per riabilitazione, mentre aumentano quelli in lungodegenza.

Dall'analisi dei tassi di ospedalizzazione per alcuni DRG si riscontra una differenza di qualità dei servizi, come ad esempio la degenza preoperatoria pesata per case mix, che è molto diversa tra le regioni, a svantaggio di quelle del Sud.

Anche analizzando la degenza media generale, nelle regioni del Sud e nel Lazio si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per case mix, che mette in evidenza una minore efficienza operativa in termini di consumo di giornate di degenza per il trattamento e la cura di una casistica con la stessa composizione per DRG di quella nazionale.

Il confronto tra le percentuali di utilizzo del Day Hospital per tutti i DRG medici a rischio di inappropriata, calcolate sui dimessi per regione di ricovero con quelle calcolate per regione di residenza, evidenzia che la percentuale di utilizzo del Day Hospital per il primo tipo di analisi è maggiore rispetto a quella rilevata sui pazienti residenti. Questo lascerebbe intendere quindi che esisterebbe una tendenza ad effettuare ricoveri inappropriati in regime di Day Hospital maggiore quando si tratta un paziente proveniente da un'altra regione.

Guardando ai ricoveri per particolari patologie, come quelli legati alla salute mentale, ad esempio i tassi grezzi di dimissione ospedaliera per psicosi, si individua una riduzione temporale nei valori nazionali per entrambi i generi.

Crescono le capacità di gestione delle regioni dei fondi di finanziamento per l'ampliamento del settore delle cure palliative.

Assistenza Territoriale

Appaiono abbastanza evidenti gli sforzi fatti quest'anno da molte regioni per rafforzare l'attività erogata in ambito territoriale, rispetto a quella ospedaliera, anche se, ad esempio, l'incremento dei pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata nelle regioni settentrionali è di oltre due volte e mezzo superiore rispetto a quello del Sud.

Tale gradiente rimane accentuato anche per le dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (asma, diabete mellito, broncopneumopatia cronico ostruttiva ed insufficienza cardiaca senza procedure cardiologiche), analizzate attraverso la metodologia elaborata per alcuni indicatori selezionati dal *framework* più ampio utilizzato dall'Agenzia Federale del Governo Americano (*Agency for Healthcare Research and Quality*) per valutare la qualità dell'assistenza.

Per quanto riguarda il diabete, per esempio, vengono evidenziate ampie differenze tra regioni, che sembrerebbero indicare una diversa qualità dell'assistenza offerta ed erogata nelle diverse aree del nostro Paese.

Assistenza Farmaceutica Territoriale

L'Italia è uno dei Paesi Europei che garantisce la più elevata copertura di farmaci (il 70% circa della spesa farmaceutica è a carico del SSN), uguale o superiore ad altri Paesi con consolidati sistemi di *Welfare*, quali i Paesi Scandinavi.

Nel periodo 2002-2007 la spesa privata si è mantenuta sostanzialmente stabile, superando di poco il 30% della spesa farmaceutica totale.

Nel 2007 il consumo totale di farmaci rimborsati dal SSN ha registrato un aumento del 2,7% rispetto al 2006 e del 30,6% rispetto al 2001.

Il Lazio e le regioni meridionali, in particolare Sicilia, Calabria e Puglia, confermano il comportamento dei precedenti anni, evidenziando consumi maggiori rispetto alla media nazionale.

In Italia il consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto è più che raddoppiato dal 2002 al 2007, passando dal 14% al 30,7%.

Per quanto riguarda invece le politiche di gestione e di incidenza del costo per ticket per regione non si evidenzia un gradiente Nord-Sud e le tendenze restano grosso modo le stesse degli anni scorsi.

Trapianti

Negli ultimi 15 anni il settore dei trapianti ha evidenziato a livello nazionale notevoli progressi: l'attività di donazione si è più che triplicata con un incremento medio annuo del 14,5%.

Come per gli altri anni, il nostro Paese può contare su un'attività clinico-assistenziale in diversi centri di eccellenza

Equità nell'accesso ai servizi

Forti e crescenti sono le disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute, negli stili di vita e nell'uso dei servizi sanitari nel nostro Paese, sia di genere che geografiche.

Alcune priorità secondo Osservasalute

Nel ribadire, come facciamo ogni anno, che compito del Rapporto Osservasalute non è quello di indicare ai decisori le azioni da intraprendere, ma di mettere a loro disposizione dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento, è possibile individuare, alla luce delle evidenze emerse quest'anno, le seguenti priorità, peraltro sovrapponibili a quelle enunciate nello scorso Rapporto:

Assistenza ospedaliera

1. Porre al centro dell'assistenza il punto di vista del paziente per quanto attiene efficacia e qualità percepita.
2. Lavorare sulla comunicazione e sugli aspetti organizzativi e gestionali più adeguati a soddisfare le esigenze dei cittadini.
3. Iniziare a valutare in modo obiettivo i risultati dell'assistenza.
4. Per le regioni più in difficoltà (es. quelle interessate da Piani di rientro) accelerare la razionalizzazione dell'offerta.

Assistenza territoriale

1. Organizzare e governare l'assistenza territoriale, attraverso la definizione di percorsi di cura con finalità di governance clinica.
2. Avviare forme innovative di organizzazione e gestione dell'assistenza primaria.
3. Identificare criteri adeguati per la definizione delle strutture residenziali, sia per accesso che per tipologie di trattamenti.

Assistenza farmaceutica

1. Analizzare i consumi dei farmaci e valutarne l'impatto sulla salute.
2. Attivare flussi informativi capaci di censire e valutare la qualità e i risultati dell'utilizzo in aumento e con forti differenziazioni regionali rispetto all'utilizzo di farmaci antipsicotici ed antidepressivi.

Salute materno-infantile

1. Intervenire prontamente sull'utilizzazione del parto cesareo, ancora in aumento per tutte le classi d'età, soprattutto al Sud e soprattutto nelle strutture private.
2. Intervenire per ridurre lo svantaggio per alcuni versi allarmante nella mortalità neonatale ed infantile nel Sud del Paese.
3. Chiarire il sistema di classificazione delle abortività spontanee per rendere confrontabili a livello internazionale i dati del nostro sistema.

Disabilità

Attivare interventi a sostegno delle famiglie che si fanno carico di costi di assistenza elevati dovuti a problemi di disabilità.

Immigrati

Dare maggiori informazioni sull'accesso alle strutture sanitarie.

Cure palliative

Sviluppare un sistema adeguato per l'assistenza per cure palliative sia in regime di ricovero, sia in strutture diverse dall'ospedale.

Dott.ssa Laura Murianni
Segretario Scientifico e Coordinatrice
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

Prof. Gualtiero Ricciardi
Direttore
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane